

Aus dem Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost

Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München

Ärztliche Direktion: Prof. Dr. Dr. M. Albus

**Die Mutter-Kind-Einrichtung des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München Ost
(IAK-KMO) – eine 6-Monats Katamnese studie unter besonderer Berücksichtigung der
Inanspruchnahme von Hilfsangeboten von psychisch erkrankten Müttern**

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Martin Herold

aus

München

2014

Mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatte^rin: Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Margot Albus M.Sc.

Mitberichterstatte^r: Prof. Dr. med. Thomas Nicolai

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. med. Heribert Pfeiffer

Dekan: Prof. Dr.med. Dr.h.c. Maximilian Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 17.07.2014

**Die Mutter-Kind-Einrichtung des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München Ost
(IAK-KMO) – eine 6-Monats Katamnesestudie unter besonderer Berücksichtigung der
Inanspruchnahme von Hilfsangeboten von psychisch erkrankten Müttern**

Danksagung

Frau Prof. Dr. Dr. Margot Albus danke ich für die sehr gute und geduldige Unterstützung, die sie mir während der Erstellung dieser Dissertation gewährt hat.

Herrn Dr. Heribert Pfeiffer danke ich für die Ermöglichung und die Planung dieses Projekts.

Mein Dank gebührt meinem Bruder, Dr. Hannes Herold, Christine Graeff und Dr. Bianca Fiore, die mich eng auf dem Weg der Fertigstellung begleitet haben. Meinen Eltern danke ich für die moralische und praktische Unterstützung.

1. EINLEITUNG	6
1.1. Fragestellung	7
1.2. Gesellschaftspolitische Relevanz des Themas	7
1.3. Unterstützungsbedarf psychisch erkrankter Eltern und Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	8
1.4. Evaluation von Hilfsangeboten	11
1.5. Soziale Situation in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil	12
1.6. Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder	13
1.7. Mutter-Kind-Beziehung und Bindungstheoretische Grundlagen: Bindungsmuster und ihr Einfluss auf die kindliche Entwicklung	14
1.8. Ambulante und stationäre Hilfsangebote für psychisch kranke Mütter in Bayern	16
1.9. Vorstellung der Mutter-Kind-Station Haus 71 am IAK-KMO	25
1.10. Psychische Erkrankungen der Mutter	29
Medizingeschichtlicher Hintergrund	29
Psychische Belastungen durch die Geburt	29
Abgrenzung postpartaler psychischer Störungen zu normalen Reaktionen nach der Geburt	30
Klassifizierung der Störungen nach ICD-10 / DSM-V	31
Krankheitsverlauf	32
Postpartale affektive Störungen	32
Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	37
emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31)	40
2. MATERIAL UND METHODEN	42
3. ERGEBNISSE	45
Demographische Daten	45
Psychiatrische Daten	47
Die Inanspruchnahme der Hilfsangebote	51
Kinderbetreuung	57
Verlaufsdaten	59
Statistische Zusammenhänge	62
4. DISKUSSION	67
Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion im Vergleich zu bisherigen Studien	67
Mögliche Konsequenzen für die Praxis	77
Verbesserung der Evaluation	80
Begrenzungen dieser Arbeit	81
5. ZUSAMMENFASSUNG	83
6. LITERATURVERZEICHNIS	84
7. ANHANG	89
Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale	89
Datenbogen bei Aufnahme	90
Datenbogen bei Entlassung	94
Datenbogen zum Katamnesezeitpunkt	99

1. Einleitung

Psychisch erkrankte Mütter stellen eine bislang wenig beachtete psychiatrische Patientengruppe dar, welche einen hohen Unterstützungsbedarf aufweist. Aufgrund einer immer noch bestehenden hohen Erwartungshaltung an eine junge Mutter, einer Stigmatisierung als psychisch Erkrankte und der Angst vor einer Wegnahme des Kindes nimmt diese Patientengruppe jedoch wenig Hilfen in Anspruch. In Deutschland gibt es im internationalen Vergleich wenige spezialisierte ambulante und stationäre Mutter-Kind-Angebote, wie z.B. die Mutter-Kind-Station „Haus 71“ am Isar-Amper-Klinikum München, Klinikum München Ost (IAK-KMO) (L Turmes und Hornstein 2007). Das Verständnis dafür, dass Mütter nicht isoliert von ihren Kindern behandelt und nach dem stationären Aufenthalt mit der Situation nicht alleine gelassen werden sollten, findet erst langsam Einzug in den Alltag der psychiatrischen Versorgung. Als Konsequenz erfolgt in manchen Fällen langfristig eine Fremdunterbringung der Kinder, ohne dass zuvor unterstützende oder stabilisierende Hilfen in Anspruch genommen wurden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wiederum erreicht die Kinder somit häufig erst dann, wenn sich bereits gravierende Beeinträchtigungen entwickelt haben (R. Schone und Wagenblass 2010).

Es besteht ein großer Informationsbedarf für Berufsgruppen wie Gynäkologen, Hebammen, Kinderärzte und auch für Laien über das Vorhandensein, die Hürden bei der Inanspruchnahme und die Notwendigkeit von speziellen Hilfsangeboten. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche psychiatrische Patientengruppe am meisten Hilfen benötigt und davon am meisten profitiert.

1.1. Fragestellung

In dieser Arbeit wurde an einem Patientengut von 25 Patientinnen der Mutter-Kind-Station „Haus 71“ am IAK-KMO untersucht, inwiefern psychisch kranke Mütter von einer stationären Mutter-Kind-Behandlung profitieren. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Inanspruchnahme spezifischer Hilfsangebote für psychisch kranke Mütter gelegt. Katamnestisch wurden hierzu 6 Monate nach Entlassung in einem strukturierten Interview u.a. der psychiatrische Krankheitsverlauf, eine Einschätzung des Krankheitsgrades, die Betreuungssituation des Kindes und detailliert die Inanspruchnahme und die Nachhaltigkeit von spezifischen Hilfsangeboten erfasst.

1.2. Gesellschaftspolitische Relevanz des Themas

Psychisch kranke Eltern und deren Kinder befanden sich lange Zeit nicht im Fokus der Forschung, der Fachöffentlichkeit und auch der Presse. Vor dem Hintergrund von Medienberichten über Fälle von Vernachlässigungen in betroffenen Familien und sogar von Kindstötungen findet dieses Thema in den letzten Jahren zunehmend Beachtung. Der Suizid des depressiv erkrankten Fußballtorwarts Robert Enke im Herbst 2009 hat eine weitere öffentliche Diskussion über psychische Erkrankungen, über deren Ursachen und auch deren Auswirkungen auf Familie und Kinder ausgelöst. Am 14.1.2011 widmete der Fernsehsender ARTE einen ganzen Themenabend der Wochenbettdepression. Es wurde der Spielfilm „Das Fremde in mir“ (Emily Atef, Deutschland, 2008, 93 Min) und anschließend die Dokumentation „Traurig nach der Geburt“ (Dokumentation von Gesa Berg, Deutschland, 2010, 52 Min) ausgestrahlt welche eine großes Medien- als auch Zuschauerecho auslösten.

Am 06.07.2012 erschien in der Zeitung „DIE ZEIT“ ein Artikel über „Wochenbettdepression - Traurige Mütter (Bernd Volland), welcher auch in der Online-Version viele Kommentare nach sich zog.

1.3. *Unterstützungsbedarf psychisch erkrankter Eltern und Inanspruchnahme von Hilfsangeboten*

Viele Mütter mit schweren psychiatrischen Erkrankungen verbinden mit ihrer Mutterschaft die Möglichkeit der Normalisierung ihres Lebens (Apfel 1993). Die mit einer langfristig psychischen Erkrankung einhergehende Isolation und Stigmatisierung kann tatsächlich durch eine positiv durchlebte Mutterschaft reduziert werden. Die meisten psychisch erkrankten Mütter sind sich darüber im Klaren, dass ihre Erziehungsfähigkeit zumindest zeitweise eingeschränkt ist. Trotzdem ist es für viele Mütter kränkend und demütigend, wenn ihre Erziehungsfähigkeit pauschal angezweifelt wird. Die meisten psychisch kranken Mütter äußern die Befürchtung, ihre Kinder könnten aufgrund ihres genetischen Risikos später vermutlich selbst psychisch erkranken und sind sich darüber bewusst, dass auch ihre Kinder unter der psychischen Erkrankung leiden. Oft können sie auch realistisch einschätzen, in welchem Ausmaß ihre Kinder leiden und ob diese ihrerseits Hilfe benötigen. Aus Angst vor einer Stigmatisierung als psychisch kranker Mensch, vor dem Versagen als Mutter oder vor einem Sorgerechtsentzug und aufgrund eines krankheitsbedingten Verkennens der Situation, in der Hilfe für Mutter und Kind angebracht wäre, werden oftmals vorhandene Hilfen nicht wahrgenommen oder nicht als Unterstützungsangebote angesehen (Wang und Goldschmidt 1996). Vor allem an einer chronischen verlaufenden schizophrenen Psychose erkrankte Mütter nehmen Hilfsangebote weniger in Anspruch (R. Schone und Wagenblass 2010).

Eine ausführliche Literaturübersicht weist darauf hin, dass bezüglich des Hilfebedarfs psychisch kranker Eltern nur vereinzelte Befunde vorliegen (Louise M Howard und Underdown 2011). Es ist davon auszugehen, dass nur etwa die Hälfte der psychisch auffällig eingeschätzten Kinder psychisch erkrankter Mütter irgendeine Art von psychosozialer Unterstützung erhält. Insbesondere die vom Jugendamt vermittelten Hilfen zur Erziehung nach §27ff SGB VIII (Sozialgesetzbuch, Achtes Buch, Kinder- und Jugendhilfe), stoßen bei vielen psychisch erkrankten Eltern auf Misstrauen und Ablehnung. In einer Befragung äußerten über 50% der psychisch erkrankten Eltern deutliche

Ressentiments und zum Teil aktive Vermeidungsstrategien gegenüber dem Jugendamt (Kölch und Schmid 2008). Dies hängt zum einen mit mangelnden Kenntnissen der Hilfsangebote zusammen, zum anderen auch mit Befürchtungen über eine Bevormundung oder eine Stigmatisierung durch Dritte. Die Hauptursache für die reservierte Haltung der Eltern war jedoch die Angst, durch Inanspruchnahme von Hilfen erst ins Visier des Jugendamtes zu geraten, welches die Kinder jederzeit wegnehmen könnte. Deshalb wird behördlich organisierte Hilfe negativer bewertet als Angebote, die durch Niederschwelligkeit, freiwillige Inanspruchnahme und Schweigepflicht gekennzeichnet sind wie z.B. eine offene Erziehungsberatung oder eine Psychotherapie (J Jungbauer, Kuhn u.a. 2010).

Im Rahmen einer Longitudinalstudie konnten Risikofaktoren für diesen vielbefürchteten Sorgerechtsentzug identifiziert werden: alleinstehende, ledige Mutter, eine länger bestehende psychische Störung, eine höhere Rate an Krankenhausaufenthalten sowie ein Einkommen unterhalb der gesetzlichen Armutsgrenze. Als protektive Faktoren standen dem eine positive Einstellung zur Mutterschaft, die Unterstützung bei der Kinderbetreuung und ein Einkommen über der Armutsgrenze gegenüber (Hollingsworth 2004).

In erster Linie wünschen sich psychisch erkrankte Mütter Hilfe und Unterstützung im Kontext ihrer Familie, insbesondere vom Lebenspartner, oder von anderen, persönlich nahestehenden Personen. Dabei geht es in erster Linie um eine Entlastung und Mithilfe im Alltag, zum Beispiel bei der Kinderbetreuung und -versorgung sowie bei Haushaltstätigkeiten (Kölch 2009).

Auswertungen zeigten, dass sich die subjektiven Einschätzungen des Hilfsbedarfs bei Patienten und bei Professionellen stark unterschieden. Jeweils mehr als 30% aller Patientinnen gaben einen Unterstützungsbedarf in den Bereichen psychosozialer Stress, Schlafstörungen, finanzielle Leistungen, soziale Isolation sowie Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen an (LouiseM Howard und Hunt 2008). In einer deutschen Studie formulierten mehr als 2/3 der Mütter einen Unterstützungsbedarf bei der Aufklärung der Kinder über die psychische Erkrankung (Sommer, Zoller u.a. 2001) und bei der Vermittlung der Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung des psychisch erkrankten

Elternteils den Kindern gegenüber (Streeruwitz A 2010).

Zur Erfassung des gesundheitlichen und psychosozialen Hilfebedarfs von psychisch erkrankten Müttern kann z.B. die „Camberwell Assessment of Need – Mothers Version (CAN-M)“ genutzt werden. Hiermit kann in 26 Einzelbereichen wie z.B. Kindererziehung, Versorgung des Haushaltes oder soziale Kontakte der Hilfebedarf erfasst werden (L. Howard, Hunt u.a. 2007).

Zusammenfassende Darstellung des Bedarfs psychisch kranker Mütter und Interventionsmöglichkeiten

Verhütung	Beratungsangebote zum Thema Verhütung.
Medikation	Evidenzbasierte sowie individuelle Beratung und Entscheidungsfindung hinsichtlich Medikation während Schwangerschaft und Stillphase.
Schwangerschaftsberatung	optimale Schwangerschaftsberatung und Betreuung zur Vermeidung der peri- und postpartalen sowie der psychiatrischen Medikationsrisiken.
Häusliche Gewalt	routinemäßig Screenings zur Erfassung häuslicher Gewalt in psychosozialen Einrichtungen und Beratungsstellen für Mütter. Risikoeinschätzung und Überweisung und Hilfe in solche Einrichtungen.
Angst vor Sorgerechtsverlust	frühzeitige Vermittlung an Sozialdienste zur sorgfältigen Überwachung des Kindeswohls; Unterstützung im Falle eines Sorgerechtsentzugs, um den Ersatz eines Verlustes durch eine erneute Schwangerschaft auszugleichen.
Stigmatisierung	Aufklärung der psychiatrischen Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen.
Akutes Krankheitsrezidiv	wenn möglich, gemeinsame stationär-psychiatrische Einweisung von Mutter und Kind auf spezialisierte Mutter-Kind-Stationen.
Elternschaft/Erziehung	Bereitstellung von Evidenz hinsichtlich spezifischer Interventionsprogramme zur Unterstützung der Eltern beim Aufbau und bei der Förderung der Eltern-Kind-Beziehung und einer hinreichend guten Erziehungsfähigkeit.

Adaptiert nach: (Louise M Howard und Underdown 2011)

1.4. Evaluation von Hilfsangeboten

In Zeiten, in denen im Zuge einer zunehmenden Ökonomisierung Ressourcen im sozialen Bereich und im Gesundheitswesen effizient und effektiv eingesetzt werden müssen, stellt sich die Frage, welche Angebote und Maßnahmen die psychische Gesundheit und die soziale Kompetenz der Mutter langfristig fördern und stabilisieren.

Somit ist eine Qualitätssicherung und Evaluation von Präventions- und Interventionsmaßnahmen gefordert, um einen objektiv erfassbaren Nutzen zu dokumentieren und die Bereitstellung öffentlicher Mittel zu rechtfertigen. Im Vergleich zu den USA gibt es in Deutschland noch einen großen Nachholbedarf hinsichtlich der Evaluation von präventiven Hilfen und Interventionsmaßnahmen.

Wichtige Fragen sind z.B.:

- welche Hilfsangebote werden von Eltern und Kindern in Anspruch genommen?
- wie sind die Zugangswege zu diesen Angeboten?
- wie hilfreich erlebt das psychisch kranke Elternteil die angebotenen Beratungs- und Unterstützungsangebote wie z.B. Erziehungsberatung, Elterntraining und Alltagshilfen?
- verändert sich das Erziehungsverhalten von Eltern und ist es überhaupt messbar und längerfristig veränderbar?
- inwieweit gelingt es im Rahmen niederschwelliger Hilfsangebote elterliche Vorbehalte hinsichtlich der Inanspruchnahme institutioneller Hilfen zur Erziehung wie z.B. nach SGB VIII abzubauen?

Eine umfassende wissenschaftliche Evaluation von Hilfen ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Es muss belegt werden, dass erreichte Effekte längerfristig anhalten, für den Lebensalltag der Kinder bzw. der Familien relevant sind und der Ressourcenaufwand und der Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis zueinander stehen. Sehr bedeutsam ist es auch,

ob diejenigen Familien, die eine Unterstützung besonders dringend benötigen, von dem Angebot auch tatsächlich erreicht werden.

Es gibt hierzu ausreichend Studien, dass eine stationär-psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung einen großen kurz- und mittelfristigen Nutzen erbringt (NICHD 1999) (William R Beardslee, Versage u.a. 1998) (Hartmann 1997a). Die Frage der langfristigen Nachhaltigkeit kann jedoch nur mit Hilfe von langjährigen Verlaufsstudien evaluiert werden. Die wenigen Katamnesestudien über Mutter-Kind-Einrichtungen stammen nicht aus Bayern. Aus diesem Grund erfolgte als Pilotstudie einer Katamnesestudie an einem Patientengut von psychisch kranken Mütter der Mutter-Kind-Station „Haus 71“ am IAK-KMO mit einem Einzugsgebiet von ganz Bayern.

1.5. Soziale Situation in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil

In der Fachliteratur finden sich unterschiedliche Zahlenangaben zur Zahl der Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Schätzung der Deutschen Kinderkommission geht von etwa 500.000 Kindern in Deutschland aus, die mit einem psychotisch erkrankten Elternteil zusammenwohnen (Reinhold Schone und Wagenblass 2005). Betrachtet man alle psychischen Störungen im Sinne der WHO, inklusive leichter bzw. ambulant behandelbarer psychischer Erkrankungen, so ist sogar von rund 3 Millionen Kindern auszugehen, die im Verlauf eines Jahres Symptome bei ihren Eltern erleben. Es wäre allerdings falsch, alle psychisch kranke Eltern wegen des gehäuften statistischen Risikos der Kinder, selbst eine psychische Störung entwickeln, zu stigmatisieren und deren Erziehungsfähigkeit in Frage zu stellen. Notwendig sind vielmehr Erkenntnisse über die Lebenssituation der betroffenen Familien, die Belastungen, den Hilfebedarf der einzelnen Familienmitglieder sowie eine Betrachtung des gesamten Familiensystems im Sinne einer familiensystemischen Betrachtungsweise (Mattejat und Lisofsky 2008).

Ein Großteil der Kinder lebt mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen (Lenz 2005). In einer Befragung von Grube und Dorn wird berichtet, dass rund die Hälfte der Kinder mit ihren psychisch erkrankten Elternteilen im gleichen Haushalt wohnt (M. Grube und Dorn 2007).

Wenn man nur die Kinder der an einer paranoiden Schizophrenie erkrankten Mütter betrachtet, wohnen diese in nur ca. 40% der Fälle im gleichen Haushalt. Der Großteil dieser Kinder lebt beim psychisch gesunden, getrennt lebenden, früheren Partner oder bei den Großeltern. In ca. 10% der Familien waren beide Elternteile psychisch erkrankt (Jungbauer, Kuhn u.a. 2010). Häufig liegen für Kinder psychisch kranker Eltern ungünstige familiäre und soziale Bedingungen vor, wie zum Beispiel Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern, beengte Wohnverhältnisse, soziale Randständigkeit und Stigmatisierung. Ferner finden sich häufig zersplitterte Familienstrukturen mit Verlust wichtiger Bezugspersonen sowie ein diskontinuierlicher Familienalltag. Familien mit psychisch kranken Müttern sind, besonders bei depressiven Störungen und Angsterkrankungen, häufiger sozial isoliert .

1.6. Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann nachhaltige Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und seine psychische Gesundheit haben. Dies kann unter Umständen mit einer Reihe von Früh- und Spätfolgen und mit hohen Folgekosten für die Gesellschaft verbunden sein.

Bei kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen gab es bei ca. 50% der behandelten Kinder mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil (Mattejat und Remschmidt 2008). Eine psychiatrische Erkrankung der Eltern bedingt sowohl genetisch als auch als Umweltfaktor ein hohes Risiko für eine psychiatrische Erkrankung des Kindes. Das Risiko für eine akute psychiatrische Erkrankung des Kindes wird mit ca. 34% angegeben (Fombonne, Wostear u.a. 2001). Die Zahlen für eine spätere psychiatrische Erkrankung des Kindes variieren von 45 – 75%, (Pilowsky, Wickramaratne u.a. 2006, Ross und Compagnon

2001). Das Versäumen einer adäquaten Behandlung der Mutter kann zu lebenslangen Mutter-Kind-Konflikten, pathologischen Parentifizierungen und einer hohen Vulnerabilität für psychische Erkrankungen beim Kind führen. Diese Ergebnisse waren in mehreren retrospektiven und prospektiven Studien wiederholt beobachtet worden (Lieb, Isensee u.a. 2002) (Hans, Auerbach u.a. 2004) (Mattejat und Remschmidt 2008). Die Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung der Mutter erschwert die Genesung der Mutter und kann bei den Kindern zu nachhaltigen affektiven und kognitiven Entwicklungsdefiziten führen (Poobalan, Aucott u.a. 2007) (Cooper, Murray u.a. 2003) (Gunlicks und Weissman 2008) (Riley, Valdez u.a. 2008) .

1.7. Mutter-Kind-Beziehung und Bindungstheoretische Grundlagen: Bindungsmuster und ihr Einfluss auf die kindliche Entwicklung

Werden die Gefühlsempfindungen des Säuglings als Teil der Bindungsbedürfnisse nicht ausreichend beachtet, kann es zu unangemessenen Reaktionen kommen, die bei chronischer oder traumatischer Belastung ein bedeutender Risikofaktor für eine spätere psychische Erkrankung werden können (Murray und Cooper 1999). Um frühzeitig Auffälligkeiten und Störungen zu erkennen und zu behandeln, ist es gerade bei postpartal psychisch erkrankten Frauen notwendig, die noch fragile Mutter-Kind-Bindung in ihren Anfängen zu unterstützen.

In der Regel können vier pathologische Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind unterschieden werden (Braun-Scharm 2002) (Corinna Reck, Backenstraß u.a. 2001).

1) Auf eine zeitweise unerreichbare Mutter reagieren Säuglinge mit vermehrter Anstrengung, diese wieder in den Dialog zu ziehen. Wenn diese nicht auf positive Bemühungen reagiert, protestieren oder weinen Säuglinge und wenden sich schließlich ab. Im Verlauf zeigen diese Säuglinge von inkonsistent erreichbaren Müttern mehr negatives Interaktionsverhalten wie Quängeln, Hyperaktivität und teilweise auch gefährliche selbstverletztende Handlungen, um die Mutter zu Reaktionen zu veranlassen.

2) Sind die Mütter in einem durchwegs unterstimulierenden Verhalten, so dass sie auf keinerlei Bemühungen der Kinder eingehen können, geben die Kinder ihr anfängliches Bemühen auf, wenden sich ab, werden teilnahmslos, abnorm ruhig und ernst. Somit wirken diese depressiv und sind auch für andere, gesunde Interaktionspartner nur noch schwer erreichbar. Diese unterstimulierten, scheinbar pflegeleichter Säuglinge bleiben häufig in ihrer motorischen, sprachlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung zurück (Field 1992).

3) Ein überstimulierendes, die Interaktion kontrollierendes Verhalten findet sich häufiger bei ängstlich-getöner, agitierter Depression, bei Angststörungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Die Säuglinge oder Kinder sind mit dieser Konstellation leichter irritierbar, disreguliert und ordnen sich teilweise auch passiv der mütterlichen Kontrolle unter.

4) Stark wechselnde und teilweise offen-aggressive mütterliche Interaktionsbeiträge betreffen vor allem die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, können aber auch im Rahmen von Psychosen vorkommen. Bei diesem unberechenbaren Verhalten der Mütter reagieren die Babys mit verstärkter Erregung, teilweise ambivalentem Anklammern und wahlloser Zuwendung zu anderen Personen.

Bei einer Studie in Hamburg fand sich in einer tagklinischen Mutter-Kind-Behandlungssituation in 37% ein unterstimulierendes, in 18,5% ein überstimulierendes und in 26% ein stark wechselndes und teilweise offen-aggressives Interaktionsverhalten der Mütter. Die schlechtesten kurzfristigen Behandlungsergebnisse bezüglich der Kinder wurden bei den Müttern mit einem extrem wechselnden, teilweise offen-aggressiven Interaktionsstil gefunden. Deren Kinder wiesen die meisten und schwersten psychischen Störungen im Verlauf auf (Deneke, Lüders u.a. 2004). Dieses Ergebnis bestätigt schon länger bekannte Befunde von älteren Kindern persönlichkeitsgestörter Eltern (Rutter und Quinton 1984) (Sharp, Hay u.a. 1995).

1.8. Ambulante und stationäre Hilfsangebote für psychisch kranke Mütter in Bayern

Zum Schutze des Kindes werden Eltern im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe entweder in ihrer Erziehungsfunktion durch die sozialpädagogische Familienhilfe nach SGB VIII §31 unterstützt oder durch eine Herausnahme des Kindes aus der Familie und Unterbringung in Pflegefamilien (SGB VIII §33) oder in Heimen (SGB VIII §34) ersetzt. Die expliziten kind- und jugendgerechten Begleitungs- und Unterstützungsangebote, wie sie das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) vorsieht, werden leider so gut wie gar nicht genutzt. Hier gäbe es prinzipiell die Möglichkeit, Tagesgruppen, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand sowie sozialpädagogische Einzelbetreuung zu realisieren (SGB VIII §§29, 30, 32 bzw. 35).

Im Folgenden soll detaillierter auf die in Bayern und speziell in München und Umgebung vorhandenen Hilfsangebote eingegangen werden, welche alle durch die Mutter-Kind-Station Haus 71 am IAK-KMO für die Zeit nach Entlassung vermittelt werden.

Hebamme

Bis zum Ende des 1. Lebensjahrs des Kindes ist bei Bedarf für jede Mutter die Inanspruchnahme einer Hebamme möglich. Diese kann nach der Geburt bis zu zehn Tage lang täglich die Mutter unterstützen. Bei Bedarf sind nach dem zehnten Tag bis zur achten Woche ohne ärztliches Rezept noch weitere zehn Besuche möglich. Im Anschluss daran sind beispielsweise bei Gedeihstörungen oder bei Stillproblemen innerhalb eines Jahres fünf weitere Besuche der Hebamme mit einem Rezept vom Kinderarzt möglich.

Kinderkrankenschwester

Die Tätigkeit der Kinderkrankenschwester ist auf das Kind fokussiert. Es können tägliche, jedoch auf insgesamt 20 Stunden pro Woche begrenzte Hausbesuche bei hilfsbedürftigen Kindern bis 6 Jahren mit unterschiedlichen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen erfolgen, auch am Wochenende. Die Kinderkrankenschwester unterstützt und fördert auch Kinder aus sozial instabilen Familienverhältnissen und Lebenssituationen mit z.B. einer Sucht- und Gewaltproblematik und hilft bei der Resozialisierung nach

Fremdunterbringung. Für die Tätigkeit als Kinderkrankenschwester wird ein examiniertes Fachpersonal mit zusätzlichen Fort- und Weiterbildungsqualifikationen eingesetzt, z.B. Diplom-Sozialpädagoginnen, Heilpädagoginnen, Psychologinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Fachkräfte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In Krisenzeiten ist auch eine 24-Stunden-Rufbereitschaft möglich, welche durch zwei feste Ansprechpartner ermöglicht wird. Für die Finanzierung existiert keine bundesweit einheitliche Regelung. Vereinzelt erfolgt eine Abrechnung mit den Krankenkassen auf der Basis eines Kinderkrankenpflegedienstes, meistens jedoch im Rahmen des SGB VIII.

Das Programm „Frühe Hilfen“ der Stadt München

Ein Sonderfall der frühkindlichen Gesundheitsförderung stellt das niederschwellige Programm der „Frühen Hilfen“ des Referates für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München dar. Hier erfolgt keine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt. Die Unterstützung richtet sich an Kinder bis zum 3. Lebensjahr und erfolgt kostenlos sowie ohne Versicherungskarte. Die fachliche Beratung und Anleitung erfolgt immer über eine Kinderkrankenschwester, welche vor Ort die Lage sondiert und weitere erforderliche Hilfen organisiert und koordiniert. In der Regel werden 8 – 10 Besuche, ca. 1 – 3 Mal pro Woche, vereinbart. Schwerpunkte dieser Arbeit liegen in der Beratung, beispielsweise beim Stillen, bei der Ernährung, bei der Gesundheitsfürsorge, bei der Förderung der Entwicklung, bei Schlafproblemen und bei der Förderung der Mutter-Kind-Beziehung. Die Finanzierung erfolgt über die Stadt München.

Frühförderung

Pädagogische und therapeutische Maßnahmen für Kinder, welche behindert oder von Behinderung bedroht sind, werden unter dem Begriff der Frühförderung zusammengefasst. Diese Maßnahmen umfassen den Zeitraum bis zur Einschulung. Im Vordergrund stehen hier meist heilpädagogische Hilfen, wie beispielsweise die Entwicklungsförderung und medizinisch-therapeutische Maßnahmen wie Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie. Eine spezielle Förderung kann z.B. bei Blindheit oder Gehörlosigkeit durch

Sonderschullehrer der entsprechenden Fachrichtung erfolgen. Neben der Förderung des Kindes bildet die Elternarbeit einen wichtigen Schwerpunkt. Die Frühförderungsmaßnahmen finden weitgehend mobil statt, so dass die Kinder in der Wohnung oder im Kindergarten aufgesucht werden. Die Frühförderung ist als Vorsorgemaßnahme anerkannt und wird somit nach ärztlicher Überweisung von den Krankenkassen finanziert.

Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) im Kinderzentrum München

Eine Anlaufstelle für Eltern mit Fragen zur Entwicklung ihres Kindes stellt in München das sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) im Kinderzentrum München dar. Es ist auf die frühe Diagnostik und Therapie von drohenden oder manifesten Behinderungen und Entwicklungsstörungen wie z.B. Regulations- und Beziehungsstörungen oder sensomotorischen Defiziten spezialisiert. Die Überweisung erfolgt durch einen Kinderarzt, durch die Kinderklinik oder durch eine Mutter-Kind-Einrichtung.

Ambulante Familienpflege („Haushaltshilfe“)

Die Haushaltshilfe stellt eine besondere Hilfeleistung für Familien mit Kindern bis zum 14. Lebensjahr dar. Im Vordergrund steht die Versorgung und Betreuung der im Haushalt lebenden Kinder, wenn diese durch Krankheit oder eine andere Notsituation eines der Elternteile nicht mehr gewährleistet ist, beispielsweise bei einer akuten Erkrankung, einem Krankenhausaufenthalt, bei einer ambulanten Operation, bei einer Risikoschwangerschaft, bei psychischen Erkrankungen oder nach der Entbindung. Sollte der alleinerziehende Elternteil oder beide Elternteile aus gesundheitlichen oder anderen zwingenden Gründen ausfallen, so ist es das Ziel der Haushaltshilfe, die Kinder im elterlichen Haushalt zu versorgen und zu betreuen. Hierzu kommt eine Haushaltshilfe in die Wohnung, jedoch nicht nachts oder am Wochenende. Die ambulante Familienpflege ist bis zu 8 Stunden am Tag und 40 Stunden pro Woche möglich und kann sich über mehrere Monate erstrecken. Bei Kindern unter einem Jahr muss eine speziell ausgebildete Fachkraft, wie beispielsweise eine Haushaltshilfe mit einer 5-jährigen Berufsausbildung eingesetzt werden. Postpartal wird die Haushaltshilfe häufig über den Gynäkologen vermittelt. In den meisten Fällen wird diese

Leistung durch die Krankenkassen bzw. die Pflegeversicherung finanziert. Ziel ist, eine Fremdunterbringung der Kinder zu vermeiden.

Sozialpädagogische Familienhilfe

Die sozialpädagogische Familienhilfe gemäß des § 31 KJHG gehört zu den familienerhaltend orientierten Erziehungs- und Jugendhilfsmaßnahmen. Sie stellt eine Möglichkeit des Jugendamtes dar, bei einer drohenden Kindeswohlgefährdung gemäß §1666 BGB eine Herausnahme von Kindern aus einer Familie zu vermeiden. Sie stellt die intensivste Form der ambulanten Hilfen dar und die Einzige, welche zentral und ständig in der Familie arbeitet. Die Hilfe erstreckt sich meistens über einen Zeitraum von 1,5 bis 2,5 Jahren in einem Umfang von ca. 10 bis 20 Stunden pro Woche. Voraussetzung für die Gewährung einer sozialpädagogischen Familienhilfe ist ein Antrag der Eltern und die Aufstellung eines Hilfeplans gemäß §36 des SGB VIII, in dem die Probleme und die Lösungsschritte einschließlich gemeinsamer Ziele und Überbrückungszeiträume festgelegt werden. Indikationen für diese intensive Hilfe sind familiäre Situationen, in denen eine mehrschichtige Problematik mit beispielsweise emotionalen, sozialen oder ökonomischen Problemen vorliegt. In der Familie liegt in der Regel eine Kombination von verschiedenen Problemen, wie Beziehungsstörungen, Vernachlässigung der Kinder, Trennung, Scheidung, Gewalt, Missbrauch, Suchterkrankungen, Konfliktverleugnung, fehlenden Bewältigungsstrategien zur Konfliktlösung oder chronischen und psychischen Erkrankungen vor. Familiensituationen, in denen diese Hilfe notwendig wird, sind häufig durch beengte Wohnverhältnisse, einem problematischem Wohnumfeld, Langzeitarbeitslosigkeit, Überschuldung, interkulturelle Konflikte und nachfolgender gesellschaftlicher Ausgrenzung und Isolation verschärft. Die sozialpädagogische Familienhilfe wird in Problem- und Konfliktsituationen mit dem Ziel gewährt, die Eigenkräfte der Familie zu stärken sowie die Erziehungsfähigkeit der Eltern und das Zusammenleben der Familie zu fördern. Die sozialpädagogische Familienhilfe unterstützt bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, bei der Versorgung des Haushaltes, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen. Den Familien soll die Verantwortung für die Bewältigung ihrer vielfältigen Probleme jedoch nicht

abgenommen werden, sondern sie sollen - nach dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ - zu eigenen Lösungen angeregt werden, um die im Hilfeplan vereinbarten Ziele zu erreichen.

Beratungsstellen

In München und Umgebung existiert eine Vielzahl von ambulanten Beratungsstellen, von denen einige exemplarisch herausgegriffen werden sollen:

Der sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) bietet psychisch erkrankten Menschen im Rahmen einer Einzelberatung, eines Familiengesprächs oder eines Hausbesuches Hilfe in Lebenskrisen, eine psychosoziale Betreuung, Gruppenaktivitäten und Unterstützung im Umgang mit Behörden, Ämtern und Arbeitgebern. Bei komplexen Problemsituationen ist auch eine individuelle und engmaschigere Hilfeplanung durch ein Case-Management möglich.

Der Deutsche Kinderschutzbund bietet ein vielfältiges Informationsangebot, beispielsweise im Umgang mit dem Alltagsstress mit Kindern.

Bei der Landeshauptstadt München besteht eine externe Fachberatung bei Verdachtsfällen von sexueller Kindesmisshandlung.

Für Eltern gibt es darüber hinaus eine Reihe von Erziehungsberatungsstellen, Ehe- und Familienberatungsstellen sowie Eltern-/Babyberatungsstellen wie z.B. Pro Familia.

Im Internet bietet die bundesweit agierende Selbsthilfe-Organisation zu peripartalen psychischen Erkrankungen „Schatten- und Licht e.V.“ eine Plattform für Betroffene an. Der Verein hat sich als Ziel gesetzt, eine Kontaktliste für betroffene Frauen zu führen, ein bundesweites Beratungs- und Selbsthilfegruppen-Netz aufzubauen, Listen von Fachleuten zu führen, Informationen zu stationären Mutter-Kind-Einrichtungen zusammenzustellen, Öffentlichkeitsarbeit mittels Vorträgen, Fortbildungen und Medien zu betreiben und das Tabu der postpartalen Problematik zu brechen.

Einrichtungen zur stationären Krisenintervention

Bei akuten Krisen mit der Notwendigkeit einer sofortigen Inobhutnahme oder stationärer Kriseninterventionen bieten sich in München Einrichtungen wie das „Kinderschutz-Haus“,

das „Salberg-Haus“, das „Clemens-Maria-Kinderheim“, der Verein „Fluchtpunkte e.V.“ sowie Städtische Waisenhäuser an. In akuten Notsituationen können Mütter mit ihren Kindern im „Haus Karla“ in der Karlstrasse, im Haus des Vereines „Horizont e.V.“ oder in Frauenhäusern Zuflucht suchen. Von dort aus kann ggfs. eine Übernahme in unsere stationäre Mutter-Kind-Einrichtung erfolgen.

Betreutes Wohnen

Ein betreutes Wohnen kann durch den „Verein für Sozialarbeit e.V.“, die „Mutter-Kind-Betreuung“ in der Schmied-Kochel-Strasse oder dem „Kinder- und Mutterschutz e.V.“ vermittelt werden.

Appartementshäuser mit sozialpädagogischer Beratung stellen das „Haus Monika“ in der Scapinellistrasse, das „Haus Domicilia“ und das „Haus für Mutter und Kind“ in der Bleyerstrasse dar.

Gemeinsame Wohnformen für Mütter und Kinder

Im Sinne des §19 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes („Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder“) bieten mehrere Mutter-Kind-Einrichtungen in München und Umgebung ihre Hilfe an. Dies wird z.B. im Anschluss an eine stationär-psychiatrische Behandlung auf der Mutter-Kind-Station „Haus 71“ am IAK-KMO vermittelt.

Ein intensiv-betreutes Wohnen mit 24-Stunden-Betreuung speziell für psychisch Kranke in München bietet das „Haus Lucia“ an. Es handelt sich um eine stationäre Übergangswohneinrichtung mit 11 Appartements für 18 bis 24 Monate. Die Zielgruppe stellen volljährige, psychisch kranke Schwangere und Mütter mit einem Kind im Alter von 0 - 3 Jahren dar, die intensive Beratung und Betreuung benötigen. Angeboten werden eine 24-Stunden-Betreuung, individuell angepasste Unterstützung im Alltag, Einzel- und Gruppenarbeit, Angebote für die Mutter-Kind-Dyade, Beratung für Partner und Angehörige sowie eine gezielte Beobachtung, Förderung und Betreuung der Kinder. Das multiprofessionelle Team besteht aus Diplom-Sozialpädagoginnen, einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie, einer Psychologin, Erzieherinnen, einer

Hauswirtschaftsleiterin und Fachpersonal für den Nachtdienst. Der Träger ist der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. München, die Kosten werden über eine Mischfinanzierung gedeckt (Bezirk §§ 53 SGB XII und Jugendamt §§ 27 SGB VIII). Zusätzlich besteht das Angebot eines betreuten Einzelwohnens mit 10 Plätzen, vorrangig für Mütter nach Auszug aus dem Haus Lucia. Hier erfolgt eine ambulante Betreuung mit Hausbesuchen und Einzel- und Gruppenangeboten für Mütter mit ihren Kindern.

Speziell für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder bietet das „Mutter-Kind-Heim Köchendorfer“ in Halting Plätze an.

Weitere Einrichtungen, bei denen die soziale Situation, aber nicht die psychische Erkrankung der Mutter im Vordergrund stehen darf, stellen die Mutter-Kind-Wohngruppe der Katholischen Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising, das „Haus Deborah“ und das „Haus Karolina“ in München sowie das „Haus St. Monika“ in Garmisch Partenkirchen dar.

Stationär-psychiatrische Mutter-Kind-Einrichtungen für postpartal psychisch erkrankte Mütter und deren Kinder

Vor der Schaffung stationärer Behandlungsmöglichkeiten bestand die Problematik, dass Mütter ohne ausreichende Stabilität und vor Einleitung von ambulanten Hilfen auf eine zu frühe Entlassung nach Hause zu ihren Kindern drängten und gegen ärztlichen Rat in die Familie entlassen werden mussten. Dies führte häufig zu einer erneuten psychischen Dekompensation mit der Notwendigkeit einer stationären Wiederaufnahme. Die ambulanten Hilfen für psychisch erkrankte Mütter sind zudem wenig vernetzt und die Finanzierung ist häufig unklar. Eine stationär-psychiatrische Mutter-Kind-Einrichtung wie das Haus 71 am IAK-KMO ist somit wichtig zur Koordination der ambulanten Hilfen.

In England waren im Gegensatz zu Deutschland schon in den 80er Jahren viele Krankenhäuser in der Lage, Mütter mit Kleinkindern stationär aufnehmen. So waren im Jahre 1985/1986 beispielsweise 151 von 305 befragten psychiatrischen Krankenhäusern in England und Wales in der Lage, psychisch erkrankte Mütter mit ihren Kindern gemeinsam aufzunehmen (Ian Brockington 1992). In Deutschland wurde die gemeinsame Mutter-Kind-

Behandlung bis Ende des letzten Jahrtausends nur in wenigen psychiatrischen Zentren durchgeführt. Eine von Hornstein und Turmes durchgeführte Befragung im Jahre 2006 ergab, dass nur knapp 83 psychiatrische Einrichtungen (entspricht 18% aller bundesdeutschen psychiatrischen Einrichtungen) eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung anbieten, mit insgesamt 134 stationären und 24 tagklinischen Mutter-Kind-Behandlungsplätzen (L Turmes und Hornstein 2007). Eine adäquate Versorgung postpartal psychisch erkrankter Frauen in Deutschland würde jedoch nach älteren Schätzungen mindestens 9,6 Mutter-Kind-Betten pro eine Million Einwohner erfordern, was ungefähr einer Anzahl von 570 Behandlungsplätzen entspräche (Ian Brockington 1996). Problematisch gestaltet sich auch die Finanzierung von Mutter-Kind-Einrichtungen. In Studien wird von deutlich höheren Personalkosten mit einem etwa 1,5 bis 3-fach erhöhten Tagespflegesatz ausgegangen (Kumar, Marks u.a. 1995). Diesen erhöhten Kostenbedarf bestätigte auch eine Analyse der Mutter-Kind-Station des „Westfälischen Zentrums Herten“, welche bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 Tagen Mehrkosten in Höhe von ca. 2000 Euro pro Mutter-Kind-Behandlung ergab (Luc Turmes 2003a). Eine Aufschlüsselung dieses Mehrbedarfes zeigte vor allem Zusatzkosten für die video-gestützte Mutter-Kind-Interaktionstherapie, für Mütter-Säuglings-Spielgruppen und für Personal wie Pflegepersonal und Erzieherinnen. Diesem Mehraufwand stehen jedoch die höheren Kosten einer eventuell notwendigen Fremdunterbringung der Kinder z.B. in einem Heim oder bei einer Pflegemutter gegenüber.

Die Effektivität von Mutter-Kind-Einheiten ist bezüglich einer streng evidenz-basierten Medizin noch nicht hinreichend belegt (Joy und Saylan 2007), dennoch werden Mutter-Kind-Einheiten z.B. vom britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in der Perinatalphase empfohlen.

Vorteile der gemeinsamen Behandlung von Müttern und ihren Kindern sind eine Verkürzung der Trennungszeiten für Mutter und Kind, eine Förderung der mütterlichen Identität durch weitgehenden Verbleib in der Mutterrolle und die Sicherstellung der Kinderversorgung durch Fachpersonal während Therapiezeiten oder bei Dekompensation der Mutter. Die Mutter-

Kind-Interaktion kann unter Zuhilfenahme von audiovisuellen Verfahren wie beispielsweise gezieltem Videofeedback als zentraler Gegenstand von Diagnostik und Therapie bearbeitet werden. Von großem Vorteil im stationär-psychiatrischen Setting ist die Erweiterung von Diagnostik und Therapie auf die Mutter-/Vater-Kind-Interaktion, die Möglichkeit der Unterstützung der Mutter im Erlernen oder Aufrechterhalten der alltäglichen Versorgung des Kindes, die bessere Einschätzungsmöglichkeit der bestehenden familiären, väterlichen und sonstigen sozialen Unterstützungsressourcen und die Bearbeitung einer vorübergehenden oder endgültigen Trennung der Mutter oder des Vaters vom Kind. Darüber hinaus bieten spezialisierte Mutter-Kind-Einrichtungen eine frühzeitige positive Beeinflussung der Mutter-Kind-Interaktion und helfen negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Kindes zu vermeiden (NICHD 1999, C Reck, Weiss u.a. 2004).

Möglichkeiten, psychisch erkrankte Eltern und ihre Familien zu erreichen und für eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung zu gewinnen wären z.B. die strukturierte Erfassung einer bestehenden Elternschaft bei psychiatrischen Patientinnen, die Schaffung kinderfreundlicher Familienzimmer und eine altersgemäße Information für die Kinder, z.B. durch Poster, Flyer oder Broschüren (Singleton 2007, Beeck 2004). Darüber hinaus könnten im Rahmen der Sozialarbeit Familienbesprechungen angeboten werden, bei denen im Vorfeld Informationen zur Erkrankung und gegebenenfalls auch Handlungspläne bei Eintritt einer akuten psychischen Notfallsituation erarbeitet werden könnten (Lenz 2008).

Die Einsicht in die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit einer stationären Mutter-Kind-Behandlung führte 2008 zur Eröffnung einer Spezialstation am Isar-Amper-Klinikum, Klinikum München Ost.

1.9. Vorstellung der Mutter-Kind-Station Haus 71 am IAK-KMO

Seit dem 01.10.2008 werden auf der Mutter-Kind-Station des Isar-Amper-Klinikum München, Klinikum München Ost bis zu 6 Mutter-Kind-Paare mit Kindern bis zu 6 Jahren aufgenommen. Zuvor gab es bereits das Angebot einer Mutter-Kind-Station für drogenabhängige Mütter.

Voraussetzung für die Aufnahme und Aufnahmemodus

Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Mutter-Kind-Station des IAK-KMO sind eine über eine alleinige soziale Indikation hinausgehende von einem Psychiater festgestellt stationär-psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit der Mutter, die Fähigkeit der Mutter, ihr Kind mit Hilfestellung durch eine Erzieherin und einer Kinderkrankenschwester selbst versorgen zu können und das Einverständnis der Sorgeberechtigten (Mutter, Vater, Jugendamt). Die stationär-psychiatrische Aufnahme der Mutter kann direkt mit dem Kind auf die Station oder zuerst als Aufnahme der Mutter auf eine unserer Aufnahmestationen und anschließend die Verlegung auf die Mutter-Kind-Station und die Zusammenführung mit dem Kind erfolgen.

Zusammensetzung des Teams

Das Team der Mutter-Kind-Station setzt sich aus Psychiatern, Krankenschwestern, einer Psychologin, einer tagsüber anwesenden Kinderkrankenschwester und einer Erzieherin zur Aufsicht der Kinder während der Therapien der Mutter zusammen. Die Psychologin übernimmt die Bearbeitung der Mutter-Kind-Interaktion und bei Bedarf eine psychotherapeutische Behandlung der Mutter an 2 Terminen in der Woche.

Untersuchung des Kindes

Eine kinderärztliche Untersuchung des Kindes sollte bereits im Vorfeld der Aufnahme durch einen Kinderarzt erfolgt sein, wird ansonsten aber baldmöglichst durch einen in Haar niedergelassenen Kinderarzt nachgeholt.

Ein basales entwicklungspsychologisches Screening der Kinder erfolgt bei entsprechenden Hinweisen durch die Psychologin mit der Durchführung des Denver-Tests. Es handelt sich nicht um einen Intelligenz- oder Entwicklungstest, sondern um einen Suchtest. Dieser stellt eine ausführliche Aufstellung von grob- und feinmotorischen Fähigkeiten, der Sprachentwicklung und der sozialen Fertigkeiten in Bezug auf das Alter dar. Die Denver-Entwicklungsskalen enthalten 105 Aufgaben, die Kindern vom 1. Lebensmonat bis zum 6. Lebensjahr Jahren gestellt werden können. Gelegentlich wird er bereits vom Kinderarzt im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung durchgeführt (Petermann und Macha 2005).

Darüber hinaus erfolgt bei Auffälligkeiten im Rahmen der Verhaltensbeobachtung der Kinder die Durchführung der CBCL (Child Behavior Checklist). Die CBCL, ein Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen, erfasst die Einschätzung von Eltern zu den Kompetenzen und Problemen ihrer Kinder im Alter von 4 bis 18 Jahren. Der Fragebogen umfasst in seiner Auswertung folgende Skalen und Werte: drei Kompetenzskalen (Aktivität, Soziale Kompetenz, Schule) sowie acht übergreifende Syndrome (Sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst und Depressivität, soziale Probleme, Schizoidie und Zwanghaftigkeit, Aufmerksamkeitsstörungen, delinquentes und aggressives Verhalten). Ein Vergleich ist über eine Eltern-, Lehrer- und Selbstbeurteilungsform möglich (Achenbach 1991).

Psychisch auffällige Kinder können direkt und zeitnah in der im selben Haus untergebrachten Familienambulanz vorgestellt werden, welche mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Heckscher Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie besetzt ist.

Therapeutisches Angebot

Therapeutisch wird auf der Mutter-Kind-Station die Behandlung der zugrundeliegenden psychiatrischen Erkrankung nach den aktuellen Leitlinien, die Besprechung frauen- und mütterspezifischer Themen, eine Musiktherapie zusammen mit dem Kind, Hilfen zur Alltagsbewältigung, eine Paarberatung und Einzelangebote für die Mütter wie Reittherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie und Bewegungstherapie angeboten.

Die Musiktherapie kann Sensitivität und Responsivität innerhalb der Mutter/Kind Beziehung stärken, indem sie beispielsweise die Mutter dazu anhält, jeden Gefühlsausdruck ihres Kindes mit musikalischen Mitteln zu beantworten und damit in einen nonverbalen Dialog mit dem Kind zu treten. Ältere Kinder können bereits selbst einfache Musikinstrumente wie Xylofon oder Trommeln benutzen. Die Mutter kann auch Einzelmusiktherapie zur Förderung ihres emotionalen Ausdrucks in Anspruch nehmen.

Voraussetzung für eine Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktionen ist, dass das Kind nicht nur als therapeutische Begleitung der Mutter, sondern mit seiner eigenen Problematik gesehen und behandelt wird, und dass die Mutter-Kinder-Interaktionen einen wesentlichen Fokus der Behandlung darstellen (Rohde und Riecher-Rössler 2001). Hierzu erfolgt bei Bedarf eine videogestützte Mutter-Kind-Beobachtung.

Auf der Mutter-Kind-Station am IAK-KMO findet eine interaktionszentrierte Mutter-Kind-Gruppe nach dem Konzept von Wortmann-Fleischer, Downing und Hornstein statt (C Hornstein, Trautmann-Villalba u.a. 2007). Die Kinder werden in der Zeit der Gruppe von einer Erzieherin betreut. Das Therapieprogramm integriert verschiedene therapeutische Verfahren, die sich bei der Behandlung von affektiven und psychotischen Störungen bewährt haben, wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie, die Psychoedukation (Rabovsky und Stoppe 2006) sowie Elemente der interaktionsbezogenen Eltern- und Kleinkindberatung (Dornes 1999). Bausteine dieser interaktionszentrierten Mutter-Kind-Gruppe sind u.a. Stressmanagement, die Unterstützung mütterlicher Kompetenzen, die Auseinandersetzung mit der Mutterschaft und des Rollenwechsels und Strategien zur Bewältigung negativer Gefühle. Auf der Station erfolgt die Durchführung in halboffenen Gruppen, die Inhalte bauen bewusst nicht aufeinander auf. Neu aufgenommene Mütter können somit jederzeit in die bestehende Gruppe hinstoßen integriert werden.

Sozialpädagogische Beratung und Organisation der Hilfsangebote

Zum Konzept der Mutter-Kind-Station in Haar gehört nicht nur die Therapie der psychischen Erkrankung der Mutter und der Mutter-Kind-Beziehung, sondern auch die Mobilisierung aller zur Verfügung stehenden Hilfsangebote im Rahmen der Erziehungshilfe des

Sozialgesetzbuches (SGB VIII). Angesichts der häufigen Mängel im sozialen Unterstützungssystem und der Schwierigkeiten der Familien, sich über möglichen Hilfen zu informieren, stellt die sozialpädagogische Beratung einen wichtigen Baustein der Behandlung dar. Hierüber werden sowohl eine die Behandlung ergänzende als auch eine sich danach anschließende Unterstützung wie z.B. Haushaltshilfe, Tagespflege und sozialpädagogische Familienhilfe organisiert, als auch soziale Kontakte und Begleitung für Familien mit Säuglingen am jeweiligen Wohnort vermittelt. Eine Sozialpädagogin kümmert sich z.B. um die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt, wenn dies nicht bereits im Vorfeld der Aufnahme erfolgt war, und um die Einleitung von ambulanten oder stationären Hilfen und individuelle Unterstützung.

Eine nachhaltige Unterstützung der Familie sollte den Erfolg stabilisieren oder über die Jahre weiter verbessern. Dies kann u.a. durch eine Paartherapie, durch eine Einleitung einer gesetzlichen Betreuung der Mutter oder eine Inobhutnahme des Kindes erfolgen.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit und ein fachlicher Austausch mit den sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi), dem Arbeitskreis „KipsE“ (Kinder psychisch kranker Eltern) und dem „Arbeitskreis Münchner Netzwerk für Familien mit psychisch erkrankten Müttern und Vätern“ im Referat für Gesundheit und Umwelt.

Entlassungsplanung

Die Entlassungsplanung sollte individuell vorbereitet werden und das Entlassungsdatum möglichst frühzeitig geplant und gemeinsam festgelegt werden. Die Patientin kann sich so nach und nach aus der Gruppe zurückziehen und Schritte in die Selbständigkeit und nach Außen vornehmen. Ein erster Termin bei einem weiterbehandelnden Psychiater und/oder Psychotherapeuten sollte bereits festgelegt sein. Wichtig erscheint es, die sozialen Kontakte wie beispielsweise ein Elterncafe, einen Kinderhort oder Freunde im Voraus zu (re-)aktivieren und zu verbessern. Bereits bestehende Interessen der Mutter wie beispielsweise Hobbys können unterstützt werden. Im Zuge der Entlassungsvorbereitungen kann eine Annäherung an zu Hause zum Beispiel schrittweise erfolgen, beginnend mit einem

stundenweisen Aufenthalt zu Hause ohne Kind bis hin zu einem Erleben des Alltagsgeschehens und Belastungserprobungen zu Hause mit Kind.

1.10. Psychische Erkrankungen der Mutter

Medizingeschichtlicher Hintergrund

Eine Erwähnung von psychischen Auffälligkeiten der Mutter nach Niederkunft und im Wochenbett findet sich bereits in einer in der Zeit vom 6. Jahrhundert vor Christi bis zum 1. Jahrhundert nach Christi von verschiedenen Autoren verfassten Schriftsammlung der griechischen Medizin, dem „*Corpus hippocraticum*“. Detaillierte Falldarstellungen psychischer Störungen des Wochenbettes beschrieb der portugiesische Mediziner *Esteban Rodrigo de Castro* in seiner 1617 erschienenen Schrift „*De melancholica, mania, delirio et epilepsia puerperarum*“ (Kapfhammer 2003). Im Jahre 1858 widmete Louis Victor Marcé den psychiatrischen Störungen in Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit eine eigene Monographie (Marcé 1885). In deutschsprachigen Ländern wird das Interesse an postpartalen psychischen Störungen unter anderem durch 2 Fachgesellschaften, der „Marcé-Gesellschaft für perinatale Psychiatrie e.V.“ und der „Gesellschaft für die psychische Gesundheit von Frauen (GPGF)“ gefördert.

Psychische Belastungen durch die Geburt

Genauso wie die Zeit der Schwangerschaft, stellt auch die Zeit nach der Entbindung für die Eltern und insbesondere die Mutter, eine Zeit der Veränderungen dar, in der eine erhebliche Anpassungsleistung vollbracht werden muss. Die Geburt an sich stellt mit ihren somatischen und psychischen Herausforderungen somit schon ein relevantes Lebensereignis („life event“) dar. Daraus resultierende psychische Labilitäten und emotionale Turbulenzen sind somit nachvollziehbar und nicht gleich als pathologisches Geschehen anzusehen.

Abgrenzung postpartaler psychischer Störungen zu normalen Reaktionen nach der Geburt

Das Wochenbett stellt im Gegensatz zur Schwangerschaft eine Zeit erhöhter Vulnerabilität für psychiatrische Störungen dar. Die postpartale Zeit im Leben von Frauen die Zeit mit dem höchsten Risiko einer psychischen Erkrankung und auch einer psychiatrischen Hospitalisierung (Kendell, Chalmers u.a. 1987).

Nach der Geburt lässt die heutige Gesellschaft in Deutschland keinen Zweifel daran, welche Gefühle an den Tag zu legen sind, wenn das Baby da ist. Medien aller Art suggerieren der jungen Mutter die Normierung von Gefühlen wie Glück, Zufriedenheit, Freude und Stolz. Die Erwartungen und das tatsächliche Erleben stehen oft nicht miteinander in Einklang. Es kann so ein Gefühl der permanenten Überforderung und von Stress entstehen. Die Mutter kann das Problem haben, nur mit einem schlechten Gewissen ausreichend Zeit für eigene Bedürfnisse zu finden. Der heutige Mythos der selbstlosen, aufopfernden, guten Mutter im Gegensatz zu einer „Rabenmutter“ scheint trotz der Frauenbewegung der letzten Jahre noch immer historisch geprägt zu sein. Die hohen Trennungs- und Scheidungsraten tragen für die Frau zur Sorge bei, das Kind ohne den Vater alleinverantwortlich aufziehen zu müssen.

Ca. 25 bis 50% der Mütter erleben in den ersten 2 bis 5 Tagen nach der Entbindung den so genannten „Baby-Blues“, auch Heultage genannt, eine kurz dauernde affektive Störung mit affektiver Labilität, teilweise depressivem Herabgestimmtsein, Gereiztheit und auch maniformen Auslenkungen, welche in der Mehrzahl der Fälle ohne Behandlung rasch abklingt. Die Kodierung des Babyblues ist weder im ICD-10 noch im DSM-IV vorgesehen, allerdings auch verzichtbar, da es sich um einen physiologisch ableitbaren psychischen Anpassungsprozess im Rahmen der abrupten Hormonumstellung handelt. Besonders der innerhalb kürzester Zeit nach der Geburt stattfindende Östrogen- und Progesteronabfall und der Prolaktinanstieg sind hierfür von Bedeutung. Von einer postpartalen psychischen Störung ist erst dann zu reden, wenn Symptome, wie z.B. Antriebslosigkeit und Interessenslosigkeit, über einen bestimmten, definierten Zeitraum vorliegen.

Die Diagnostik und Einschätzung postpartaler Krisen ist somit eine komplexe Aufgabe, da die Übergänge von einer normalen Reaktion zu einem pathologischen Krankheitsbild

fließend sein können. Zur Diagnostik gehört immer erst der Ausschluss organischer Ursachen, wie etwa einer Anämie, einer Schilddrüsenfunktionsstörung oder einer cerebralen Ursache wie einer Hirnblutung, eines Hirntumors oder einer cerebralen Ischämie. Die weitere Diagnostik umfasst zum Einen die psychiatrische und psychotherapeutische Einschätzung der Mutter mit u.a. psychopathologischem Befund, Grad der Selbst- und Fremdgefährdung, Krankheitseinsicht, vorhandene Ressourcen und Kompetenzen im Umgang mit dem Kind, Empathiefähigkeit und Selbstreflexion. Zum Anderen muss in der Diagnostik auch das Temperament der Mutter, die Qualität der Mutter-Vater-Kind-Interaktion und die momentane Lebenssituation wie z.B. Partnerschaft als Ressource oder Belastung, das soziale Umfeld und vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

Vordringlich muss abgeklärt werden, ob eine akute Gefährdung für Mutter oder Kind vorliegt und eine stationäre Aufnahme der Mutter mit oder ohne Kind erforderlich ist. Sollte nur die Mutter stationär-psychiatrisch aufgenommen worden sein, ist so bald wie möglich auf eine Behandlung in einer Mutter-Kind-Einheit hinzuwirken (Hartmann 1997b).

Wenn eine ambulant-psychiatrische Behandlung ausreichend erscheint, geht es bei der Beratung vorrangig um folgende Themenbereiche:

- a) Aufklärung über die psychiatrische Erkrankung
- b) Klärung der momentanen Konfliktsituation
- c) Entlastungsmöglichkeiten und
- d) eventuelle Notwendigkeit einer medikamentösen Versorgung.

Klassifizierung der Störungen nach ICD-10 / DSM-V

Depressionen und Psychosen nach der Entbindung stellen nach heutiger Meinung keine eigenständigen Krankheitsentitäten dar, sondern verlaufen wie auch unabhängig von Schwangerschaft und Entbindung auftretende psychische Störungen. Deshalb sollten Begriffe wie „Wochenbettdepression“ und „Wochenbettpsychose“ weitgehend vermieden werden und stattdessen die üblichen Diagnosen nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10) für affektive und psychotische Störungen verwendet werden. Dies sollte auch den behandelnden Gynäkologen vermittelt werden. In der in Europa

verwendeten ICD-10 wird unter der Ziffer F53.1 eine „schwere psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett, anderorts nicht klassifiziert“ aufgeführt und als Beispiel die „Puerperalpsychose ohne nähere Angaben“ genannt (Dilling, Mombour u.a. 1991).

In der in Amerika verwendeten DSM-IV-Klassifikation (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) fehlt eine eigene Rubrik für postpartale Psychosen. Stattdessen kann für die kurze psychotische Störung (DSM-IV 298.8) bzw. für affektive Störungen (DSM-IV 296) die Zusatzkodierung „mit postpartalem Beginn“ vorgenommen werden, wenn die genannten Störungen innerhalb von 4 Wochen nach einer Entbindung aufgetreten sind (Saß, Wittchen u.a. 2003).

Krankheitsverlauf

Postpartale Störungen unterschieden sich im Krankheitsverlauf nicht wesentlich von psychischen Erkrankungen, welche zu einem anderen Zeitpunkt auftreten, jedoch prägen die Anforderungen der Mutterschaft und die Beziehung zu dem Kind die Symptomatik (I. Brockington 2004, Cooper, Murray u.a. 2003).

Postpartale affektive Störungen

Epidemiologie

Die Prävalenz postpartaler depressiver Störungen wird je nach Autor und Studiendesign unterschiedlich angegeben. In auf Selbstbeurteilungsfragebögen beruhenden Studien wird von einer Prävalenz zwischen 10 und 15% ausgegangen (Kumpf-Tontsch, Schmid-Siegel u.a. 2001, Riecher-Rössler 2008). In anderen Untersuchungen mit einer auf einem strukturierten klinischen Interview gestützten Diagnosestellung mit einer engeren Depressionsdefinition werden etwas niedrigere Prävalenzraten um 9% angegeben (Corinna Reck, Hunt u.a. 2004, Ballestrem, Strauss u.a. 2005, Vesga-Lopez, Blanco u.a. 2008). Als Risikofaktoren für das Auftreten einer postpartalen Depression konnten belastende Lebensereignisse und depressive Episoden in der Schwangerschaft, eine depressive Episode in der Anamnese, in der Schwangerschaft und Postpartum, eine mangelnde soziale Unterstützung sowie Persönlichkeitseigenschaften identifiziert werden (O'Hara und Swain

1996, Rohde und Riecher-Rössler 2001, Hickey, Boyce u.a. 1997, Robertson, Grace u.a. 2004, Kurstjens und Wolke 2001).

Symptome

Im Rahmen einer depressiven Episode nach einer Geburt kann eine Vielzahl verschiedener psychischer Symptome auftreten, wie etwa häufiges Weinen, Grübeln, Perspektivenlosigkeit, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle, Angstattacken, Reizbarkeit, innere Unruhe, Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Denkhemmung, innere Leere, die Schwierigkeit Entscheidungen zu treffen, vermindertes sexuelles Interesse oder auch die Schwierigkeit, Gefühle wie Liebe oder Sympathie zu empfinden. Dies resultiert oft in dem Problem, dem Kind gegenüber keine „Muttergefühle“ empfinden zu können. Es kann zu typischen Schwankungen im Laufe des Tages mit Stimmungstief am frühen Morgen und Stimmungsaufhellung im Laufe des Tages kommen. Depressionen gehen in der Regel mit Ein- und Durchschlafstörungen und einem vorzeitigen morgendlichen Erwachen einher.

Auch das subjektive körperliche Befinden ist in der Regel gestört, z.B. durch Appetitlosigkeit, Verstopfung, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Engegefühl in der Brust, Kloßgefühl im Hals sowie durch eine Vielzahl anderer körperlicher Missempfindungen. Diese körperlichen Symptome können auch im Vordergrund der Symptomatik stehen und werden dann oft mit den Folgen der Entbindung, der Belastung durch das Kind, das Stillen oder den Schlafmangel erklärt.

Sehr quälend kann für die betroffene Mutter das Auftreten von Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen sein. Dies sind wiederkehrende unangenehme Gedanken und Impulse, die von den Patienten als unsinnig angesehen werden. So etwa der Gedanke bzw. Impuls, dem Kind etwas anzutun, es zu verletzen oder sogar zu töten. Solche Zwangsgedanken versetzen die Mutter meist in starke Angst. Sie kann darin einen Beweis sehen, dass sie eine schlechte Mutter ist und ihr Kind nicht liebt, und lebt in Angst davor, dass sie eines Tages das Schreckliche umsetzen könnte. Schuldgefühle und Scham verhindern oftmals, dass Mütter über solche Gedanken berichten. Hier ist Aufklärung nötig, dass Zwangsgedanken in aller Regel nicht in die Tat umgesetzt werden. Eher selten, dann jedoch für die betroffene

Frau und ihren Partner sehr belastend, kann eine postpartale Depression in Verbindung mit häufigen und ausgeprägten Panikattacken sein.

Diagnostik

Eine postpartale Depression entwickelt sich größtenteils innerhalb der ersten 3 Monate nach der Geburt. Die depressive Entwicklung beginnt oft bereits Wochen oder Monate vor der Diagnosestellung und ggfs. stationären Einweisung, was u.a. daran liegt, dass die Fürsorge für das Kind meistens noch gewährleistet ist und eine depressive Symptomatik vom Umfeld, vom Gynäkologen und der Hebamme übersehen werden kann. Viele betroffene Mütter gestehen sich und Anderen lange Zeit ihren Zustand nicht ein und lasten sich Probleme in der Beziehung zum Kind als eigenes Versagen an, so dass sie erst im Rahmen späterer Belastungen für sich und Andere deutlich wahrnehmbar dekompensieren. Durch den Gynäkologen und die Hebamme ist somit auf eine sorgfältige Anamneseerhebung und auf Frühsymptome in den ersten Monaten zu achten.

In der gynäkologischen Praxis könnte idealerweise im Rahmen der ersten postpartalen Kontrolluntersuchung die Mutter bei V.a. eine depressive Stimmung gebeten werden, den EPDS („Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale“) auszufüllen. Hier handelt es sich um einen kurzen Selbstbeurteilungsfragebogen bezüglich einer depressiven Symptomatik mit nur 10 Fragen (Cox, Holden u.a. 1987). Eine deutsche Fassung findet sich im Anhang. Bei einem pathologischen Ergebnis sollte eine ausführlichere Anamnese seitens des Gynäkologen erfolgen. Es sollte die Notwendigkeit von Hilfsangeboten geprüft und die Mutter ggfs. zu einem Psychiater überwiesen oder der Kontakt zu einer Mutter-Kind-Einrichtung hergestellt werden. Bei einer akuten Suizidalität im Rahmen einer schweren depressiven Symptomatik muss eine sofortige stationäre Behandlung eingeleitet werden.

Therapie

Die Behandlung der affektiven Störung nach einer Geburt ist abhängig von Ausprägung und Schweregrad. Depressionen werden zu selten erkannt und behandelt, oftmals auch deshalb, weil auftretende Beschwerden als "normal" für eine junge Mutter angesehen werden oder

diese sich schämt, über ihre Beschwerden und Ängste zu berichten. Medikamentös kann die Behandlung nach dem Abstillen gemäß der Leitlinien für affektive Störungen behandelt werden. Sollte die Patientin weiter stillen wollen, ist eine differenzierte, individuelle medikamentöse Therapie zu besprechen.

Der therapeutische Schwerpunkt in der Behandlung postpartaler Depressionen liegt neben der Psychopharmakotherapie in einer möglichst rasch zu beginnenden Psychotherapie, die spezifisch auch Themen und Probleme der Mutterschaft integrieren sollte. So können psychodynamische Konflikte wie beispielsweise eine ungewollte Schwangerschaft, das Gefangensein in einer unglücklichen Ehe oder die Angst vor der Mutterrolle eine große Bedeutung in der Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik spielen (Kaplan, Sadock u.a. 2000). Ziel der psychotherapeutischen Maßnahmen ist u.a. das Erlernen des Umgangs mit Symptomen, die Aufklärung über die Erkrankung unter Einbeziehung des Partners, insbesondere beim Auftreten von Ängsten und Zwangsgedanken, und die Einstellung auf die neue Situation in Familie und Beruf.

Prognose

Die Prognose, auch im Bezug auf die Auswirkung auf das Kind, ist als günstig anzusehen, wenn die depressive Episode nicht länger als 4 bis 6 Monate dauert. Ein bleibendes Problem in der Mutter-Kind-Beziehung mit deutlichen Auswirkungen auf die Entwicklung des Babys kann dann meist vermieden werden (Murray und Cooper 1999).

Im Rahmen einer depressiven Spirale kann es zu einer Störung der Mutter-Kind-Bindung, zu einer Chronifizierung der Depression und zu Suizidalität kommen. Bei jungen Müttern besteht auch sehr selten das Risiko eines erweiterten Suizids (Häufigkeit insgesamt etwa 1 von 50.000 Geburten), vor allem im Rahmen von Depressionen mit psychotischen Symptomen. Die Mutter kann wahnhaft davon überzeugt sein, dass sie das Kind nicht richtig versorgt, dass sie eine schlechte Mutter ist und das Kind dadurch geschädigt wird. Die Mutter kann aus ihrer depressiven Sicht heraus keinerlei Hoffnung für sich und ihr Kind mehr sehen oder das Kind von seinem vermeintlichen Leiden erlösen wollen.

Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

Insbesondere bei depressiven Müttern konnten angesichts der Häufigkeit der Erkrankung die Mutter-Kind-Beziehung sehr differenziert untersucht werden. Im Normalfall hatte die depressive Erkrankung keine längerfristigen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung. Ein Großteil aller Mütter mit einer postpartalen Depression war nach Remission in der Lage, ihr Kind zu lieben und sich an der Beziehung zu freuen. (Mattejat und Lisofsky 2008).

Im Rahmen der akuten Erkrankungsphase kann aber die mütterliche Fähigkeit, auf Signale und Bedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern einzugehen, eingeschränkt sein. Im Vorschul- und Grundschulalter kann es bei chronisch verlaufenden Depressionen zu Problemen mit den Kindern wegen eines inkonsequenten Erziehungsstils kommen. Ältere Kinder und Jugendliche bekommen häufig erwachsenentypische Aufgaben und Rollen im Sinne einer Parentifizierung und einer Rollenumkehr übertragen (WHO und Society 2009).

Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Epidemiologie

Die postpartalen Psychosen stellen mit einer Prävalenz von 1 bis 2 von 1000 Frauen nach Entbindung (0,1 bis 0,2%) die seltensten psychiatrischen Auffälligkeiten im Wochenbett dar.

Unterschieden werden muss zwischen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20), einer schizoaffektiven Psychose (F25) oder einer akuten wahnhaften Störung (F21).

Bei einer bereits vor der Schwangerschaft aufgetretenen schizoaffektiven Psychose besteht ein doppelt so hohes Risiko nach der Entbindung, eine erneute Episode zu entwickeln (Louise Michele Howard, Goss u.a. 2004). Bei Müttern mit einer vorbestehenden paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) besteht ein relatives Risiko von 5 für eine erneute Krankheitsepisode innerhalb der ersten drei Monate nach Geburt (Munk-Olsen, Laursen u.a. 2006). Postnatale Psychosen treten meist sehr viel zeitnäher nach der Entbindung auf als postnatale Depressionen. Da die postpartale Psychose häufig hochakut in den ersten Tagen auftritt und eine auffällige Symptomatik bietet, kann sie im Gegensatz zur Depression weniger häufig übersehen werden. Zu etwa 75% tritt die Erkrankung in den ersten 6 Wochen postpartum auf (I. Brockington 2004).

Symptomatik und Diagnostik

Nach der Entbindung kann das ganze Spektrum der psychotischen Störungen mit teilweise oft sehr akuten und polymorphen Krankheitsbildern auftreten. Eine postpartal auftretende Psychose ist häufig eine schizoaffektive Psychose, also eine schizophrenen Erkrankung die eine starke affektive Färbung aufweist. Häufig liegt eine schizomanische Symptomkonstellation mit z.B. Euphorie, einem verminderten Schlafbedürfnis und Größenideen bis hin zum Größenwahn vor. In einer älteren Untersuchung von Brockington und Keelan wurde bereits darauf hingewiesen, dass postpartal erkrankte Frauen bei einer psychotischen Störung mehr manische Symptome und eine ausgeprägtere „Verworrenheit“ aufwiesen. Der Großteil der postpartalen Psychosen wurde als schizomanische oder schizodepressive Episoden klassifiziert (Ian F Brockington, Cernik u.a. 1981). Das Thema

des psychotischen Wahns kreist häufig um die Geburt oder das Kind, z.B. die Vorstellung, das Kind sei ein Satan oder die Idee, das Kind sei vertauscht, oder solle der Mutter weggenommen werden. Hieraus kann unter Umständen eine dramatische Entwicklung folgen.

Therapie

Medikamentös kann die Behandlung nach dem Abstillen der Mutter nach den Leitlinien für psychotische Störungen behandelt werden. Sollte die Patientin weiter stillen wollen, ist eine individuelle medikamentöse Therapie für den Einzelfall zu besprechen.

Prognose

Generell verlaufen postpartale Erstmanifestationen von Psychosen mit schizoauffektivem Charakter günstiger und mit keiner bzw. einer nur geringen Residualsymptomatik und haben ein geringes Rezidivrisiko (Bågedahl-Strindlund und Ruppert 1998, Seyfried und Marcus 2003). Problematischer sind Auswirkungen auf das Kind bei postpartalen Episoden vorbestehender paranoiden Schizophrenien (Hartmann 1997a). Bei den chronisch schizophren erkrankten Müttern zielt die stationäre Mutter-Kind-Behandlung deshalb darauf ab, dass die Mütter nicht nur Entlastung erfahren, sondern gezielt an die Aufgaben der Mutterschaft herangeführt werden und mit ihnen vertraut gemacht werden. Zum Einsatz könnte hierzu eine Muttergruppe, eine videogestützte Therapie der Mutter-Kind-Beziehung, ein Angehörigenseminar sowie die Stärkung der mütterlichen Kompetenzen im Alltag durch Pädagogen und das Pflegeteam kommen (Hornstein 2003).

Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und das Familiensystem

Bei Müttern mit chronisch verlaufenden paranoiden Schizophrenien besteht im Vergleich zu Müttern mit affektiven Erkrankungen eine ungünstigere Prognose bezüglich der langfristigen Qualität der Mutter-Kind-Beziehung (Murray und Cooper 1999). Sie haben auch im Vergleich zu Patienten mit affektiven Störungen schlechtere Chancen, einen Partner zu finden, eine stabile Paarbeziehung aufrecht zu erhalten oder (weitere) Kinder zu bekommen. Ohne einen festen Partner ist jedoch die Häufigkeit der Übernahme ihrer Kinder in Pflegefamilien bzw.

des Sorgerechtes besonders hoch (Häfner 2005, Kumar, Marks u.a. 1995, Hamilton und Harberger 1992). Die Kinder haben zudem durch die Erkrankung der Mutter viele schwierige Situationen zu bewältigen, stellen aber zugleich einen stark stabilisierenden Faktor im Familiensystem dar. Da die Erkrankung nach außen oft sehr stark tabuisiert wird, erleben die Kinder häufig wenig Entlastungsmöglichkeiten und professionelle Unterstützung (Johannes Jungbauer, Kinzel-Senkbeil u.a. 2011).

emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31)

Bei allen Persönlichkeitsstörungen, die mit einem wechselhaften Lebensstil, instabilen Partnerschaften und einem potentiell fehlenden Interesse am Kind einhergehen, muss von einer ungünstigeren Prognose bezüglich der Qualität der Mutter-Kind-Beziehung ausgegangen werden.

Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch die deutliche Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Der impulsive Typus ist vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Der Borderline-Typus ist zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (Dilling, Mombour u.a. 1991). Da in vielen Fällen traumatische Vor- und Früherfahrungen vorliegen, plädieren manche Autoren dafür, die Borderline-Diagnose in einigen Fällen durch die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu ersetzen (Sachsse 2004, Reddemann 2010).

Eine Patientin mit einer Borderline-Störung kann sich in stabilen Phasen dem Kind gegenüber als kompetente und fürsorgliche Mutter erweisen. Eine krankheitsbedingte ambivalente Haltung dem Kind gegenüber mit einerseits einer Überfürsorglichkeit bis zur eigenen Überforderung und andererseits einer emotionalen Vernachlässigung sowie einem Vorwurfsverhalten kann zu negativen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und auf die psychische Gesundheit des Kindes führen. Die Idealisierung oder die Entwertung in Form von Schuldzuweisungen kann bereits auf das Kleinkind übertragen werden. Aufgrund des

Krankheitsbildes mit stark ausgebildeten Spaltungstendenzen, mit instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen und der oft mangelnden Möglichkeit, Nähe zuzulassen, steht häufig die Frage der Erziehungsfähigkeit im Raum. Häufig liegt störungsimmanent jedoch eine fehlende Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft vor. Da diese Mütter oft alleinerziehend ist, gilt es hier für Psychiater in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt die Situation in regelmäßigen Abständen einzuschätzen.

2. Material und Methoden

Studienaufbau

Die für diese Studie geplante Katamnesebefragung 6 Monate nach Entlassung wurde den Patientinnen bereits während des stationären Aufenthaltes mitgeteilt und das Einverständnis schriftlich dokumentiert. Die befragten Mütter erhielten vor der Befragung ausführliche Informationen bezüglich der Forschungsarbeit und hatten die freie Wahl der Teilnahme. Auf den Schutz der Privatsphäre der Teilnehmerinnen wurde besonderes Augenmerk gelegt. Alle Daten und Angaben wurden in der Schriftform mit Hilfe einer Patientennummer pseudoanonymisiert. Für dieses Projekt wurden keine finanziellen Mittel von Dritten eingesetzt und das Projekt wurde nicht im Auftrag durchgeführt.

Erste Entlassungen von der Mutter-Kind-Station Haus 71 am IAK-KMO fanden im Dezember 2008 statt, so dass ab Juni 2009 erste Katamnesen für diese Studie durchgeführt werden konnten. Insgesamt konnten 25 Patientinnen interviewt werden. Eine Patientin mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD10 F60.31) und eine Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung verweigerten trotz ausreichender Aufklärung und Informationen die Befragung. Eine nach Entlassung nach Hamburg verzogene Patientin wurde telefonisch interviewt. Falls sich in der Befragung psychische Auffälligkeiten der Mutter zeigten, wurde eine Überweisung der Mutter zum behandelnden Psychiater angeregt sowie die Einleitung ambulanter oder stationärer Hilfen angeboten.

Es wurde ein standardisiertes, strukturiertes Interview mit einer Dauer von ca. 60 Minuten entwickelt, welches, soweit von den Müttern zugelassen, in deren Wohnung geführt wurde. Alternativ fand die Befragung in einem von der Mutter benannten Ort statt. Wenn möglich, wurde die Patientin schon bei Festlegung des Termins gebeten, unterstützende Personen aus der Verwandtschaft und dem Freundeskreis zur Versorgung des Kindes während des Interviews zu organisieren, um eine problemlose Befragung zu ermöglichen. Der Fragebogen erhielt eine Reihe offener Fragen, um eine deskriptive und qualitative

Auswertung durchführen zu können. Der Fragebogen umfasste Fragen zu folgenden Bereichen (vollständiger Fragebogen im Anhang):

1. **Bereich Soziales:** Fragen zur Partnerschaft und zu sozialen Kontakten, zum Verhältnis zum Kindsvater, zu Anzahl und gegebenenfalls Erkrankungen oder Behinderungen der Geschwister, zur aktuellen Wohnsituation inkl. Zustand der Wohnung, zur Tagesstruktur und zu subjektiven Belastungen der Mutter.
2. **Bereich psychiatrische Erkrankung der Mutter:**
 - a. Anamnesedaten, psychiatrische Anamnese, Zuweisungsmodus, Aufnahmemodalitäten im IAK-KMO und psychiatrische Vorbehandlungen im Vorfeld der Aufnahme, Aufenthaltsdauer, psychiatrische Weiterbehandlung nach Entlassung und im Verlauf, stationär-psychiatrische Aufenthalte im Verlauf, psychopathologischer Befund, aktuelle therapeutische Behandlung.
 - b. Einschätzung der „Clinical Global Impression“ (CGI) zum Aufnahme-, Entlassungs-, und Katamnesezeitpunkt. Der CGI stellt eine achtsstufige Skala zur klinischen Einschätzung der Erkrankungsschwere dar und dient der Absicherung der Trennung zwischen den schwer und leichter erkrankten Patienten.

CGI Teil 1	
Patient ist	
<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar	<input type="radio"/> 5: mäßig krank
<input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank	<input type="radio"/> 6: deutlich krank
<input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung	<input type="radio"/> 7: schwer krank
<input type="radio"/> 4: nur leicht krank	<input type="radio"/> 8: extrem schwer krank

Abbildung 1 - Clinical Global Impression (CGI)

- c. Einschätzung des „Global Assessment of Functioning“ (GAF) (Endicott, Spitzer u.a. 1976), einer Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten auf einer Skala von 0 bis 100. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Mit Hilfe der GAF-Skala kann über eine Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der

sozialen Anpassung eine Gesamtbeurteilung der psychischen Gesundheit bzw. Krankheit abgegeben werden.

Kurzlegende GAF (0 bis 100):

100 - 91	= hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum
90 - 81	= keine oder nur minimale Symptome
80 - 71	= Symptome nur vorübergehend oder normale Reaktion auf Stressoren
70 - 61	= einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung, leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) ODER Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen Leistungsfähigkeit; aber einige wichtige Beziehungen vorhanden.
60-51	= mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bzgl. der sozialen, beruflichen Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde)
50-41	= ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale) ODER ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
40-31	= einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen (z.B. Arbeit, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung)
30-21	= Verhalten ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens ODER Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen
20-11	= Selbst- und Fremdgefährlichkeit ODER manchmal nicht in der Lage, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER weitgehende Beeinträchtigung der Kommunikation.
10-1	= ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen ODER anhaltende Unfähigkeit, minimale Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht
0	= unzureichende Information

Abbildung 2 Global Assessment of Functioning (GAF)

- Bereich Hilfsangebote:** eine detaillierte Befragung bezüglich Art und Stundenzahl der Hilfsangebote. Der soziale Hintergrund bezüglich Grosseltern, Kindsvater, Lebenspartner, anderer Verwandte, Freunde und Nachbarn wurde dokumentiert, ebenso die Betreuungssituation des Kindes und die Versorgung in einer Kinderkrippen oder einem Kindergarten. Das Vorhandensein und gegebenenfalls die Dauer einer Inobhutnahme wurden erfasst.
- Bereich Kind:** Verlauf der Schwangerschaft und Geburt, Denver-Test, HAWIVA III und CBCL, somatische als auch psychische Gesundheit des Kindes, Verhaltensauffälligkeiten, Problembereiche der Mutter, Teilnahme an den vorgeschriebenen kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, ggfs. therapeutische Behandlungen des Kindes.

Statistische Analysen

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS Version 20 durchgeführt. Als statistische Tests wurde der Chi²-Test nach Pearson, der Mann-Whitney U-Test, der Wilcoxon-Test und Korrelationen nach Spearman verwendet. Die Signifikanzgrenze wurde bei $p \leq 0,05$ angesetzt.

3. Ergebnisse

Demographische Daten

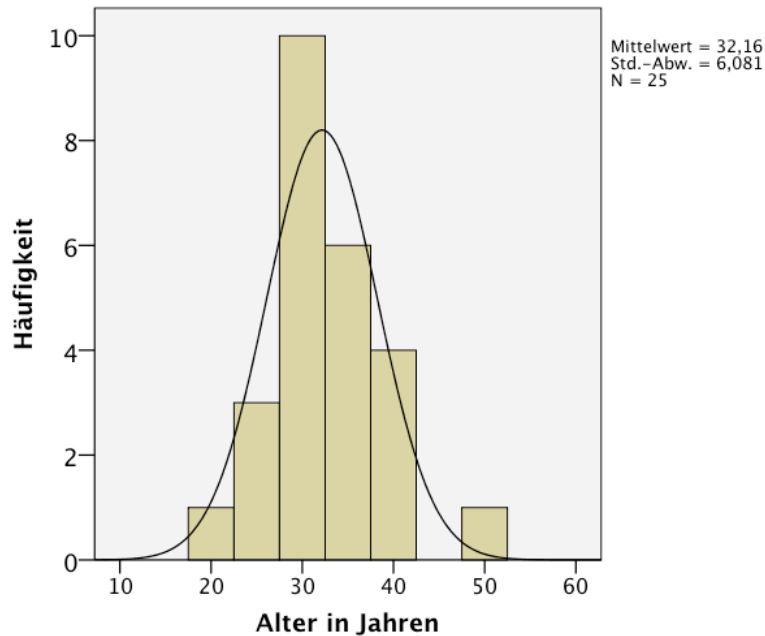


Abbildung 3 - Altersverteilung der Mütter

Der Altersmittelwert der Mütter bei Aufnahme auf die Mutter-Kind-Station betrug 32 Jahre. Eine Mutter war bereits 48 Jahre bei Aufnahme auf die Mutter-Kind-Station.

Nationalität		Häufigkeit	Prozent
Gültig	deutsch	19	76
	andere Nationalität	6	24
	Gesamt	25	100

Tab. 1 Nationalität der Mütter

Migrationshintergrund		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Nein	16	64
	Ja	9	36
	Gesamt	25	100

Tab. 2 Migrationshintergrund der Mütter

24% der Patientinnen hatten eine Nicht-Deutsche Nationalität, 36% wiesen einen Migrationshintergrund auf.

Beziehungsstatus		Häufigkeit	Prozent
Gültig	in einer Beziehung	17	68
	getrennt/geschieden/Single	8	32
	Gesamt	25	100

Tab. 3 Beziehungsstatus der Mütter

Über 2/3 der Patientinnen (68%) lebten bei Aufnahme in einer Beziehung. Bei Aufnahme gaben aber 40% der Patientinnen an, alleinerziehend zu sein, bei Entlassung und Katamnese je 44%.

Sorgerecht		Häufigkeit	Prozent
Gültig	beide	13	52
	Vater	1	4
	Mutter	11	44
	Gesamt	25	100

Tab. 4 Verteilung des Sorgerechts

In 44% der Fälle hatte die Mutter das alleinige Sorgerecht, nur in einem Fall (4%) lag das Sorgerecht beim Vater.

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Privatwohnung	24	96
	im Elternhaus	1	4
	Gesamt	25	100

Tab. 5 Wohnsituation vor Aufnahme

96% der Patientinnen lebten im Vorfeld der zur Aufnahme führenden psychischen Erkrankung in ihrer Privatwohnung, 4% bei den Eltern. Es war somit keine Mutter zuvor in einer Institution oder einem Heim untergebracht.

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	< 1 Jahr	16	64
	1-3 Jahre	9	36
	Gesamt	25	100

Tab. 6 Alter des mitaufgenommenen Kindes

Fast 2/3 der Kinder (64%) waren bei Aufnahme jünger als 1 Jahr. Kein Kind war älter als 3 Jahre.

Höchster Schulabschluss		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Hauptschulabschluss (HSA)/ Qualifizierter HSA	7	28
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife	7	28
	Abitur	11	44
	Gesamt	25	100

Tab. 7 höchster Schulabschluss der Mutter

Fast die Hälfte der Mütter (44%) wies das Abitur als höchsten Schulabschluß auf. Nur 28% hatten ein Hauptschulabschluss.

höchster Ausbildungsabschluss		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	kein Berufsabschluss bzw. angelernt	6	24,0	25,0
	betriebliche Ausbildung (Lehre) bzw. beruflich- schulische Ausbildung (Berufsschule/ Handelsschule)	7	28,0	29,2
	Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Techniker-, oder Fachakademie	3	12,0	12,5
	(Fach-) Hochschulabschluss	6	24,0	25,0
	Universitätsabschluss	2	8,0	8,3
	Gesamt	24	96,0	100,0
Fehlend	System	1	4,0	
Gesamt		25	100,0	

Tab. 8 höchster Ausbildungsabschluss der Mutter

Psychiatrische Daten

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	keine	11	44
	ja	14	56
	Gesamt	25	100

Tab. 9 frühere psychiatrische/psychosomatische Behandlungen

44% der Patientinnen hatten sich vor der jetzigen Krankheitsmanifestation bisher noch nie in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung befunden, so dass von einer Ersterkrankung auszugehen war.

	Häufigkeit	Prozent
keine	7	28
Klinikambulanz	3	12
Gültig Psychiater/ Nervenarzt	10	40
psychologischer/ ärztlicher Psychotherapeut	5	20
Gesamt	25	100

Tab. 10 Ambulante psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung

Unmittelbar vor der stationären Aufnahme auf die Mutter-Kind-Station befanden sich 72% der Patientinnen in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung.

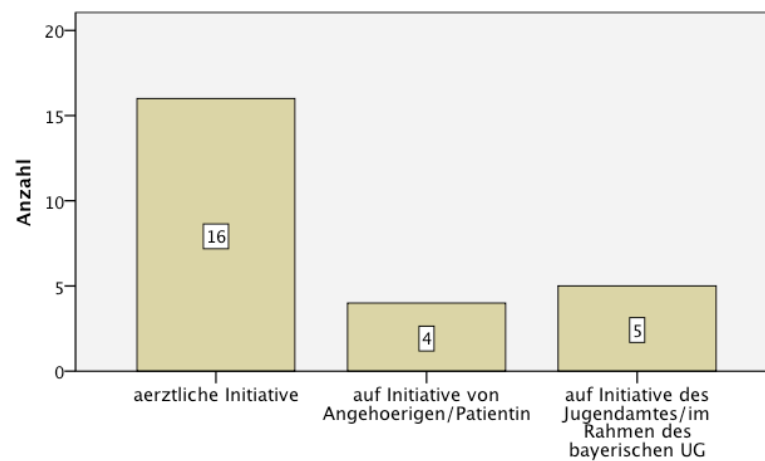


Abbildung 4 – Zuweisungsmodus in die stationäre Behandlung

Zuweisungsmodus, aufgeschlüsselt:

- 12% anderes psychiatrisches Krankenhaus
- 08% somatische Klinik
- 12% niedergelassener Psychiater/Nervenarzt
- 16% Klinikambulanz (IAK, Atriumhaus, LMU Nussbaumstrasse)
- 16% niedergelassener Arzt
- 16% im Rahmen des bayer. UG.
- 12% auf Initiative von Angehörigen
- 04% auf eigene Initiative
- 04% (über Jugendamt (BSA))

Die zusammengefasst größte Patientengruppe (44%) wurde aus dem ambulanten ärztlichen Bereich zugewiesen. Insgesamt wurden 64% der Patientinnen auf ärztliche Initiative eingewiesen. Jeweils nur eine Patientin (4% aller Patientinnen) wurde auf Initiative eines

niedergelassen Gynäkologen bzw. einer Frauenklinik eingewiesen. Somit wurden 8% der Patientinnen direkt aus dem gynäkologischen Umfeld eingewiesen.

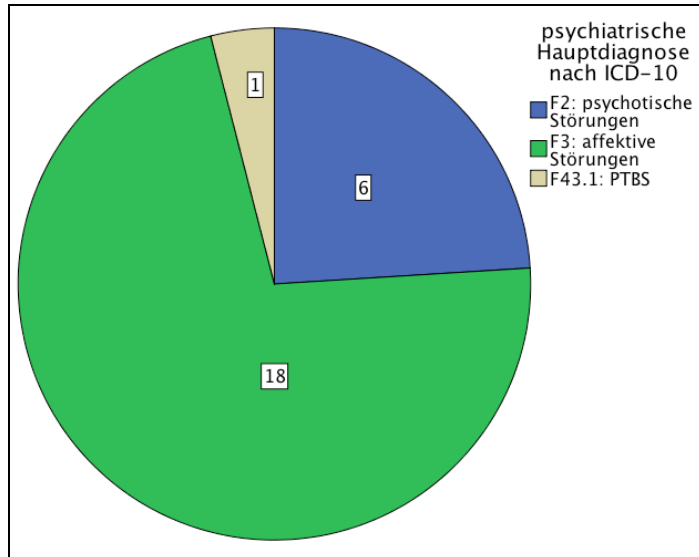


Abbildung 5 - Verteilung der Diagnosen nach Anzahl der Patientinnen

Insgesamt zeigte unser Kollektiv, welches sich auf ganz Bayern erstreckte, erwartungsgemäß ein Überwiegen von affektiven Störungen (72%), einen geringeren Prozentsatz von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (24%) und einen nur kleinen Anteil anderer Störungen (4%), in diesem Fall die Diagnose einer PTBS. Die häufigste Einzeldiagnose war eine depressive Episode bei einer vorbestehenden rezidivierenden depressiven Störung (ICD 10: F33.x).

Die Kriterien einer postpartalen Depression (ICD-10 F53.0) wurden von keiner unserer Patientinnen erfüllt. In dieser Kategorie sind nur psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett zu klassifizieren, welche einen Beginn innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt aufweisen und nicht die Kriterien für eine anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierter Störungen erfüllen.

24% der Patientinnen wurden diagnostisch als eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Diagnosen F2x.x nach ICD-10) eingestuft. Hiervon wurden je ein Drittel als F20.0 (paranoide Schizophrenie), als F23 (akute schizophreniformen Störung) und als F25.x (schizoaffektive Störung) klassifiziert.

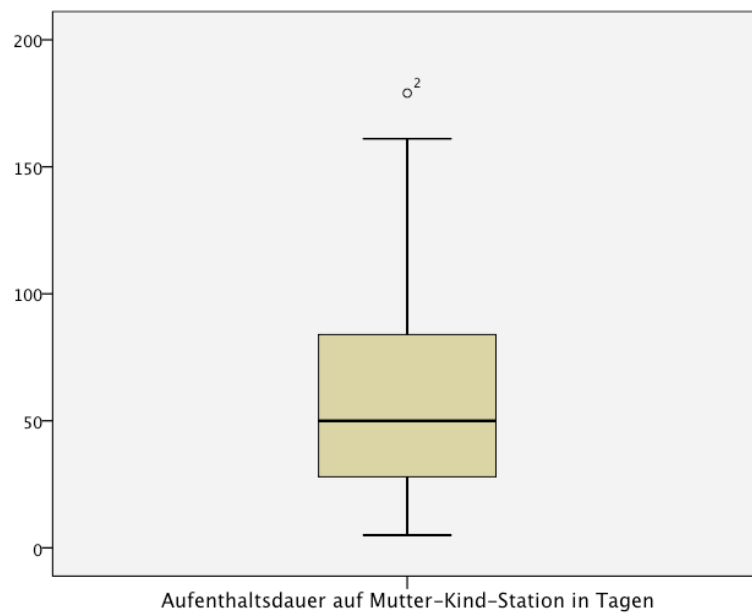


Abbildung 6 – Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer belief sich im Durchschnitt auf 62,64 Tage mit einem Minimum von 5 Tagen und einem Maximum von 179 Tagen.

Die Inanspruchnahme der Hilfsangebote

Bei Aufnahme erhielten bereits 52% der Mütter spezifische Hilfsangebote für psychisch kranke Mütter. Bei Entlassung waren für insgesamt 76% der Patientinnen Hilfsangebote organisiert und eingeleitet worden. Zum Katamnesezeitpunkt waren immerhin noch bei 60% spezifische Hilfsangebote erfragbar. Bezüglich der Häufigkeit der jeweiligen Hilfsangebote zum Zeitpunkt vor Aufnahme, nach Entlassung und zum Katamnesezeitpunkt ergab sich folgendes Bild, jeweils nach Häufigkeit geordnet:

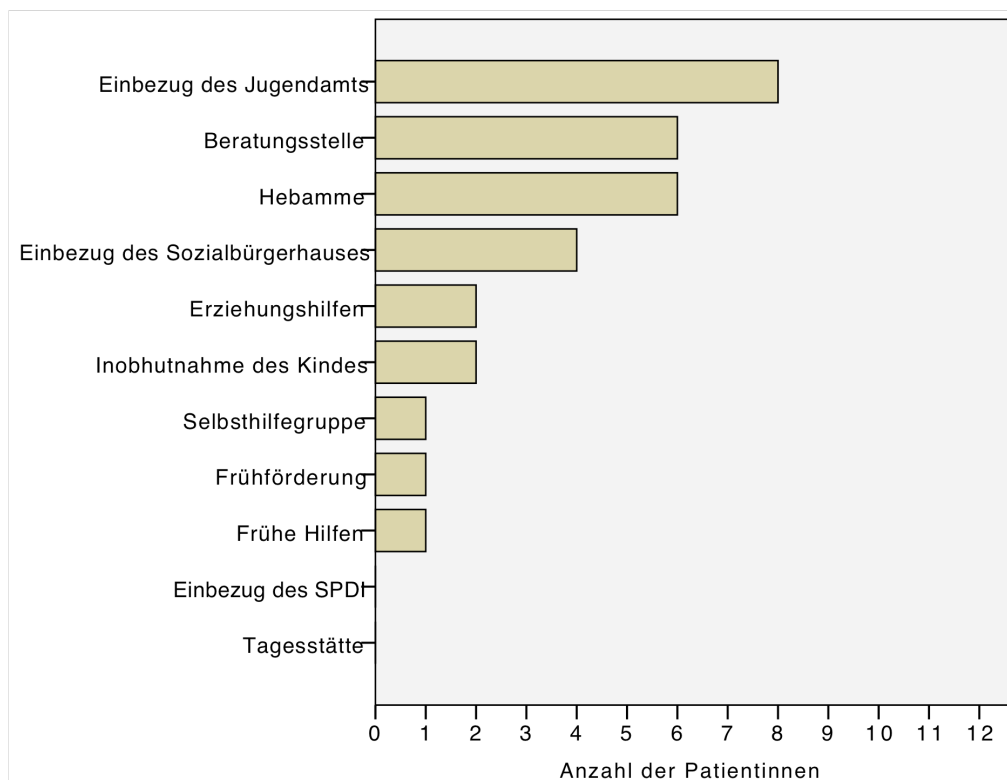


Abbildung 7 – Inanspruchnahme der Hilfsangebote zum Aufnahmezeitpunkt

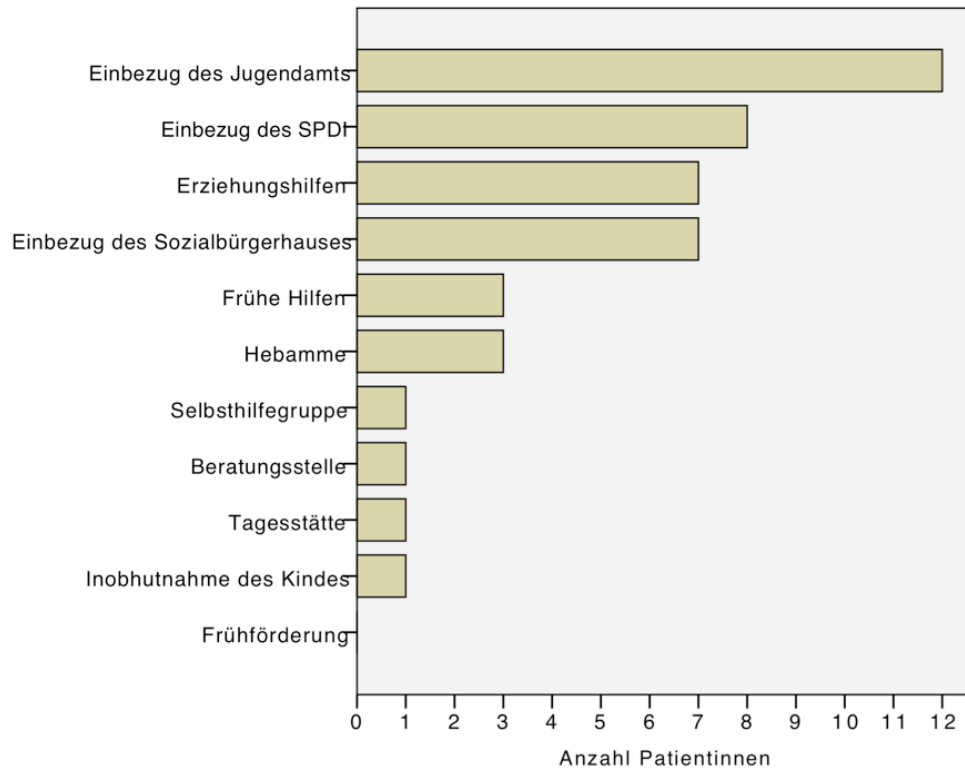


Abbildung 8 - Inanspruchnahme der Hilfsangebote zum Entlassungszeitpunkt

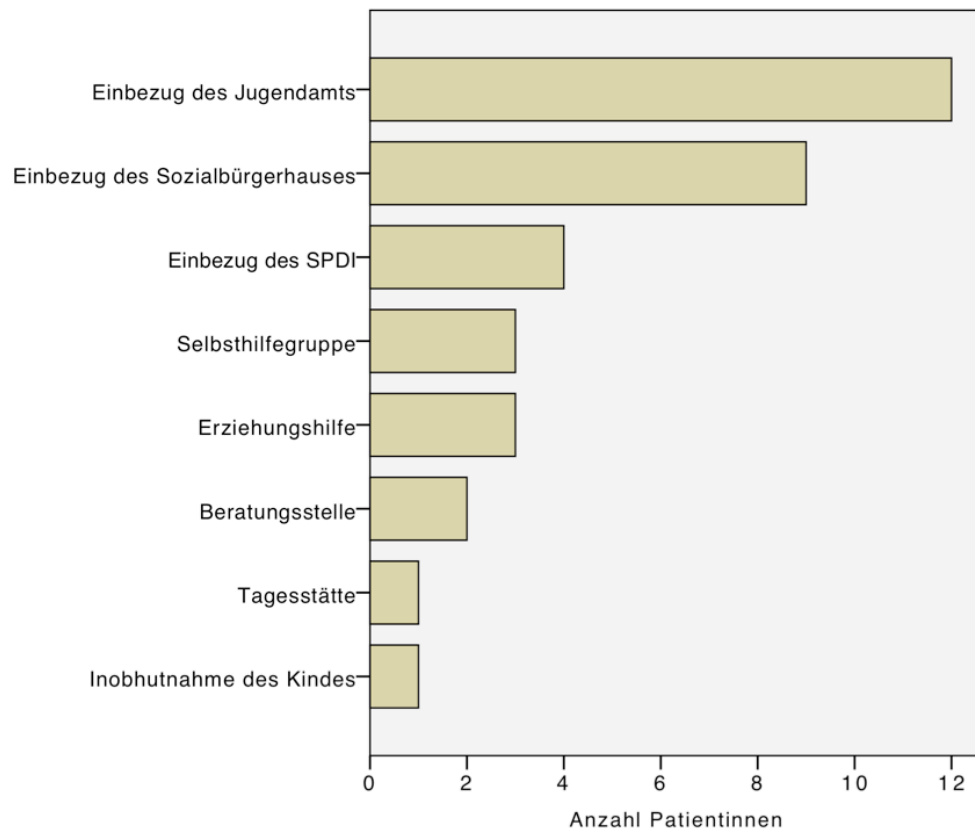


Abbildung 9 - Inanspruchnahme der Hilfsangebote zum Katamnesezeitpunkt

Einen Überblick über die Veränderungen der Inanspruchnahme im Verlauf der Studie geben folgenden Grafiken.

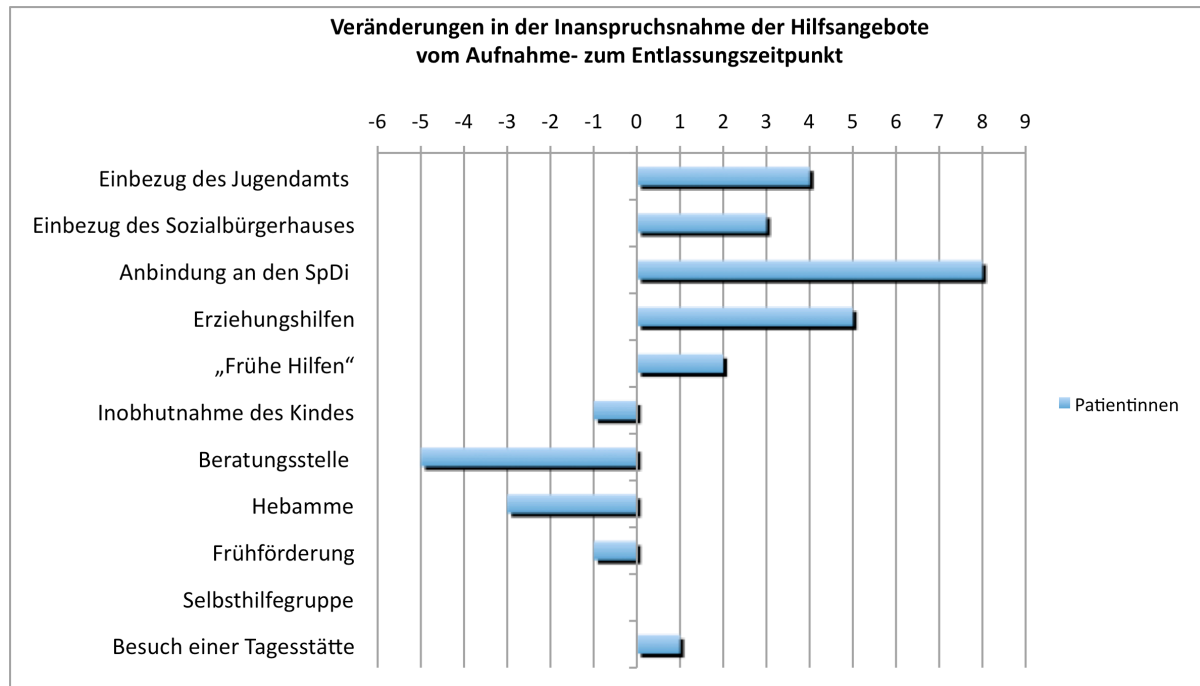


Abbildung 10 - Veränderungen in der Inanspruchnahme der Hilfsangebote während des stationären Aufenthaltes

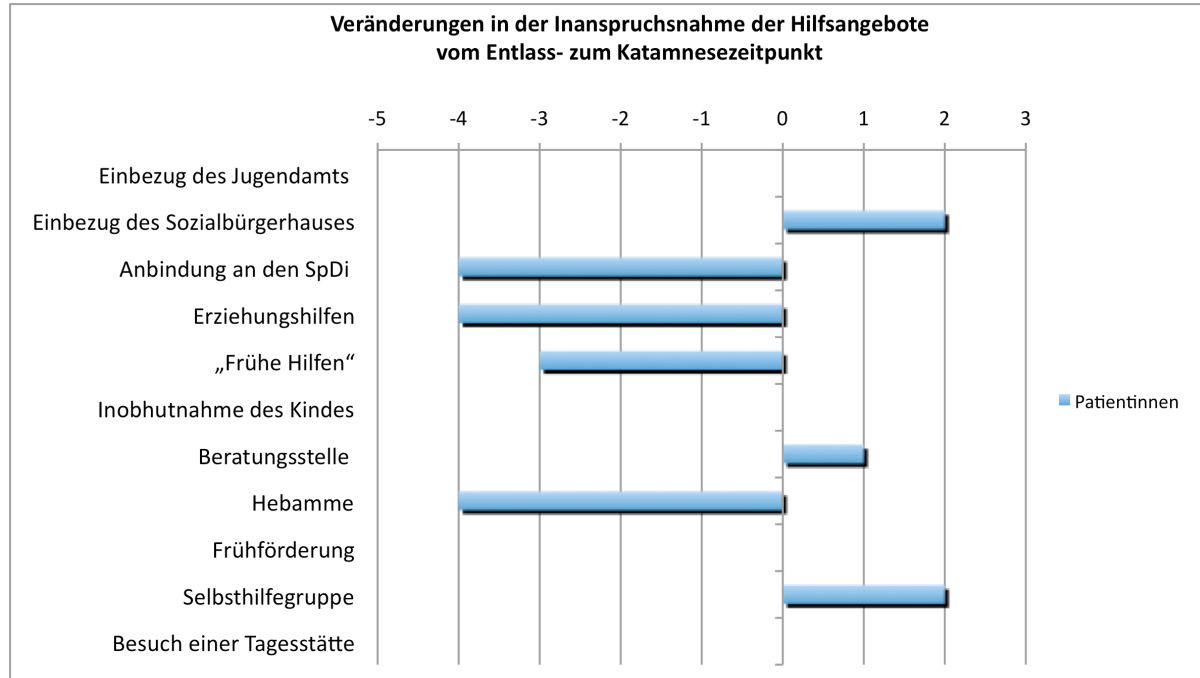


Abbildung 11 - Veränderungen in der Inanspruchnahme der Hilfsangebote im Katamnesezeitraum

Bezüglich der konkreten Inanspruchnahme der einzelnen Hilfsangebote waren folgende Ergebnisse zu eruieren:

Im Vorfeld der stationären Aufnahme war es nur bei einer an einer schweren depressiven Episode erkrankten Mutter mit differentialdiagnostisch V.a. eine schizoaffektiven Psychose (ICD-10 F32.2 DD F25.0) zu einer Inobhutnahme des Kindes gekommen, welches zum Bruder gegeben wurde. Mutter und Kind wurden dann gemeinsam auf die Mutter-Kind-Station aufgenommen und konnte gemeinsam nach Hause entlassen werden. Die Inobhutnahme konnte somit durch die Mutter-Kind-Behandlung beendet werden.

In einem zweiten Fall (ICD-10 F33.2) wurden Mutter und Kind gemeinsam aufgenommen, es musste jedoch angesichts der mangelnden Fähigkeit der Mutter das Kind zu versorgen eine Inobhutnahme des Kindes während des stationären Aufenthaltes erfolgen. Das Kind musste in ein Kinderheim gegeben werden. Zum Katamnesezeitpunkt befand sich das Kind immer noch im Kinderheim, es wurde zum Nachbefragungszeitpunkt gerade ein Gutachten zur Erziehungsfähigkeit erstellt.

In einem dritten Fall (Diagnose ICD-10 F25.1) war das Kind kurz nach Geburt in Obhut genommen worden und nachträglich mit zur Mutter auf die Mutter-Station gekommen. Beide konnten gemeinsam mit hochfrequenter und intensiver Erziehungshilfe (30h/Woche) nach Hause entlassen werden. Somit konnte in diesem Fall das Ziel der Familienerhaltung erreicht werden.

Vor Aufnahme bestand bei 40% der Mütter bereits Kontakt zum Jugendamt, bei Entlassung war bei weiteren 16% der Mütter der Kontakt vermittelt worden. Diese hohe Anbindungsquote an das Jugendamt von 56% bestand bis zum Katamnesezeitpunkt fort.

Ein Kontakt mit dem Sozialbürgerhaus bestand bei Aufnahme bei 16% der Patientinnen. Zum Entlasszeitpunkt war bei weiteren 12% der Mütter eine Unterstützung organisiert worden, eine Patientin hatte umzugsbedingt keinen Kontakt zum örtlichen Sozialbürgerhaus

mehr. Somit lag bei Entlassung bei 28% der Patientinnen eine Anbindung an ein Sozialbürgerhaus vor. Zum Katamnesezeitpunkt hin stieg die Anbindung auf insgesamt 36%.

Vor der stationären Aufnahme hatte bei keiner Patientin ein Kontakt zu einem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) bestanden. Bei Entlassung war bei 24% der Kontakt geplant bzw. hergestellt worden. Zum Nachbefragungszeitpunkt hatten noch 16% der Patientinnen aktiven Kontakt zu einem SpDi.

An einer Maßnahme zur Erziehungshilfe waren zum Aufnahmezeitpunkt 8% der Mütter angebunden. Bei einer Patientin lief eine Maßnahme der „heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinder- und Jugendhilfe e.V.“ in München mit einer Dauer von 2-3 Stunden/Woche, eine andere erhielt für je 2 Stunden/Woche Besuch eine Familienhelferin. Bei letzterer bestand der einmal wöchentliche Besuch bis zum Katamnesezeitpunkt fort.

Im stationären Verlauf waren für weitere 20% der Patientinnen Maßnahmen zur Erziehungshilfe eingeleitet worden, so dass zum Entlasszeitpunkt 28% der Patientinnen dieses Unterstützungsangebot erhielten. Für 12% der Patientinnen musste zur sicheren Versorgung des Kindes nach Entlassung eine Kinderkrankenschwester organisiert werden (8 – 42 Stunden/Woche). Bei allen Dreien war die Maßnahme zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr vonnöten.

Nur eine Mutter (4% der Patientinnen) hatte vorab das Angebot „Frühe Hilfen“ der Stadt München in Anspruch genommen. Zum Entlasszeitpunkt waren zwei weitere Mütter, also insgesamt 12% der Patientinnen, in dieses spezielle Programm eingebunden worden. Zum Katamnesezeitpunkt befand sich keine Mutter in dem Programm mehr.

Nur ein Kind hatte sich vorab in einer Maßnahme zur Frühförderung befunden. Diese Maßnahme wurde aber nach Entlassung nicht mehr weitergeführt. Zum Katamnesezeitpunkt war ein anderes Kind in Maßnahmen der Frühförderung eingebunden (1,5 Stunden/Woche Ergotherapie und Logopädie)

Eine Mutter (4% der Patientinnen) hatte nach Entlassung bis hin zum Nachbefragungszeitpunkt Kontakt zu einer Beratungsstelle (Caritas e.V.). Eine weitere

Mutter hatte sich zum Katamnesezeitpunkt an eine Erziehungsberatungsstelle gewandt und empfand dies als große Hilfe und entlastend, so dass insgesamt 8% der Patientinnen Kontakt zu einer Beratungsstelle aufwiesen.

Eine Mutter (4% der Patientinnen) befand sich vor Aufnahme in einer Selbsthilfegruppe („Schatten & Licht e.V.“), über die sie auch von der Mutter-Kind-Station am IAK-KMO erfahren hatte. Nach Entlassung nahm eine Mutter an der Selbsthilfegruppe des „Verbandes alleinerziehender Frauen“ teil, so dass zum Entlasszeitpunkt 8% der Patientinnen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hatten. Zum Katamnesezeitpunkt nahmen 12% der Mütter an Selbsthilfegruppen teil (Mutter-Kind Gruppe „VAMV“; private Mutter-Kind-Gruppe; Gruppe von "Balance" - Kontaktstelle für psychisch Kranke).

Kein Mutter/Kind-Paar befand sich vor Aufnahme in einer Tagesstätte. Für eine Mutter (4% der Patientinnen) war der Aufenthalt in einer Tagesstätte („Der Gartenhof“, Ebersberg) zur Entlassung organisiert worden, die Mutter hatte nach Entlassung das Angebot jedoch nicht wahrgenommen. Als Auflage des Jugendamtes besuchte eine Patientin (4% der Patientinnen) zum Katamnesezeitpunkt mit ihrem Kind eine Tagesstätte („Kinder leben“ in Schwabing Nord), ohne hierfür eigenmotiviert zu sein.

24% der Patientinnen wurden mit ihrem Kleinkind vor Aufnahme von einer Hebamme unterstützt. Nach Entlassung war dies noch bei 12% der Fall. Zum Katamnesezeitpunkt lag angesichts des Alters der Kinder erwartungsgemäß kein Unterstützungsbedarf mehr durch eine Hebamme vor.

Für 20% der Mütter wurde eine Haushaltshilfe für den Zeitraum nach Entlassung beantragt, jedoch nur für 12% der Mütter von der jeweiligen Krankenkasse genehmigt. Zum Katamnesezeitpunkt wurden noch 4% der Patientinnen von einer Haushaltshilfe unterstützt.

Eine Mutter (4% der Patientinnen) befand sich bereits vor Aufnahme in gesetzlicher Betreuung und blieb es während des gesamten Beobachtungszeitraums. Zusätzlich wurde bei weiteren 8% der Patientinnen während des stationären Aufenthaltes eine gesetzliche Betreuung eingerichtet, so dass sich zum Entlasszeitpunkt 12% der Patientinnen in einer

gesetzlichen Betreuung befanden. Bei der Nachbefragung bestanden die gesetzlichen Betreuungen noch fort.

Kinderbetreuung

Eine Entlastung der psychisch kranken Mutter durch den Partner im Vorfeld der stationären Aufnahme in der Form einer alleinigen Betreuung des Kindes wurde nur in 20% der Fälle berichtet. Die Dauer variierte stark von 1 Stunde/Woche bis hin zu einer Versorgung des Kindes jeden zweiten Tag (=84 Stunden/Woche). Nach Entlassung blieb der Prozentsatz stabil, das Zeitintervall der alleinigen Betreuung durch den Partner variierte von einer bis zu zehn Stunden/Woche.

Nur eine alleinerziehende Mutter (4% der Patientinnen) nahm vor Aufnahme Freunde zur Betreuung des Kindes in Anspruch, dies auch nur über einen kurzen Zeitraum von ca. drei Stunden/Monat. Zum Entlass- und Katamnesezeitpunkt wurde diese Hilfe nicht mehr in Anspruch genommen. Eine Mutter hatte nach Entlassung für ca. 3 Stunden/Woche ihr Kind zu Freunden gegeben, jedoch nicht mehr zum Katamnesezeitpunkt.

Keine Familie nahm die Hilfe von Nachbarn vor Aufnahme und nach Entlassung zur Betreuung des Kindes in Anspruch. Zum Katamnesezeitpunkt gab eine Mutter (4% der Patientinnen) ihr Kind zu einem Nachbarn (ca. 1 Stunde/Woche).

Vor Aufnahme leisteten 28% der Großeltern den Müttern Unterstützung in Form einer alleinigen Betreuung des Enkelkindes. Der Umfang variierte hier stark von 4 bis hin zu 168 Stunden/Woche (letzteres bedeutete eine alleinige Versorgung des Kindes während des stationär-psychiatrischen Aufenthaltes der Mutter). Nach Entlassung sank der Anteil der großelterlichen Unterstützung auf 20% ab, die Zeitdauer reduzierte sich auf drei bis maximal 15 Stunden/Woche, wohl auch, da die Mütter ihre Kinder nun vermehrt eigenständig versorgen konnten. Zum Katamnesezeitpunkt erhielten 40% der Patientinnen Unterstützung durch die eigenen Eltern oder Großeltern (1-30 Stunden/Woche).

Eine Tagesmutter unterstützte bereits bei Aufnahme eine Mutter für neun Stunden/Woche, bei Entlassung war dies nicht mehr notwendig, das Kind besuchte nun einen Kindergarten.

Für eine weitere Mutter wurde nach Entlassung eine Tagesmutter (35 Stunden/Woche) organisiert. Zum Katamnesezeitpunkt versorgte die Mutter das Kind alleine, es war aber der Umzug in das intensiv-betreute Wohnen speziell für psychisch Kranke im „Haus Lucia“ geplant, eine Kostenübernahme stand noch aus.

Bei einer im Rahmen einer Wohnform für psychisch kranke Mütter im Haus Lucia wohnenden Patientin kümmerten sich die Mitarbeiter der Einrichtung 2 Stunden/Woche um das Kind, um der Mutter einen Freiraum für sich zu ermöglichen.

8% der altersentsprechenden Kinder besuchten vor Aufnahme eine Kinderkrippe, nach Entlassung waren es 12% und zum Katamnesezeitpunkt 16%. Nur ein Kind (4% aller Kinder) besuchte vor Aufnahme einen Kindergarten. Nach Entlassung waren es 8% und im Verlauf alterserwartungsgemäß 24%.

Verlaufsdaten

Während des stationären Aufenthaltes war häufig eine Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich der Versorgung der Kinder aufgefallen. Depressive Mütter zeigten auf Station häufiger Insuffizienzgefühle, was die richtige Versorgung des Kindes betraf. Mütter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis neigten eher zu einer Überschätzung der eigenen Kompetenzen. Bei der Verlaufsbefragung gaben 96% der Mütter an, dass sie gut mit dem Kind zurechtkämen. Nur eine, an einer chronischen Schizophrenie erkrankten Mutter, berichtete im Interview über Schwierigkeiten mit dem Kind und Überforderungsgefühlen. Hier ist zu spekulieren, ob von einem Teil der anderen Mütter eine sozial erwünschte Antwort im Rahmen des Interviews gegeben wurde, oder ob eine Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich der richtigen Versorgung der Kinder bestand. Die kinderärztlichen Untersuchungen wurden immer eingehalten.

Nach Entlassung hatten sich 88% der Patientinnen in eine psychiatrische oder nervenärztliche Weiterbehandlung begeben. Zum Katamnesezeitpunkt befanden sich noch 84% der Mütter in ambulanter Weiterbehandlung.

Vor Aufnahme hatten sich 24% der Mütter in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befunden, nach Entlassung 12%. Bei der Nachbefragung befanden sich 36% der Patientinnen in therapeutischer Behandlung. Die niedrige Zahl direkt nach Entlassung erklärt sich wohl am ehesten daher, dass die Patientinnen die psychotherapeutische Behandlung erst wieder einige Zeit später wieder aufnahmen oder einen Therapieplatz erhalten hatten.

Fast alle Mütter (96%) waren mit einer Psychopharmakotherapie entlassen worden. Einzige Ausnahme war eine Patientin mit der Diagnose einer PTBS. Zum Katamnesezeitpunkt waren 68% der Mütter ärztlicherseits Psychopharmaka verordnet, von denen laut eigenen Angaben alle Patientinnen diese auch regelmäßig einnehmen würden. Trotz teils

mangelhafter Krankheitseinsicht wurde somit eine sehr gute Medikamentencompliance angegeben. Ob dies an einer erwünschten Antwort angesichts der nicht anonymisierten Befragung in Form eines Interviews liegt, kann spekuliert werden.

Der CGI zum Entlassungszeitpunkt lag bei Werten zwischen 3-6 auf der Skala von 1-8. Der GAF wies Werte von 30 – 90 bei einer Skala von 0-100 auf. 16% der Patientinnen waren bei Entlassung psychiatrisch weitgehend unauffällig bzw. symptomfrei (CGI von 1, 2 oder 3). 33% der Patientinnen boten zum Entlassungszeitpunkt mit einem CGI von 6 noch ein „deutlich krankes“ Zustandsbild. Es wurde jedoch keine Patientin in einem „schwer kranken“ bzw. einem „extrem schwer kranken“ Zustand (entsprechend einem CGI von 7 bzw. 8) entlassen. Hauptgrund für vorzeitige Entlassungen trotz noch bestehender psychopathologischen Auffälligkeiten war der dringende Entlasswunsch der Patientinnen ins häusliche Umfeld.

Zum Katamnesezeitpunkt wies der CGI einen Wert zwischen 2-5 auf, der GAF von 40-91. Bei 28% der Patientinnen lag zum Katamnesezeitpunkt noch ein klinisch relevantes psychiatrisches Syndrom vor. Aufgeteilt nach den psychiatrischen Diagnosen wiesen bei den Patientinnen mit einer affektiven Störung 25% und bei den Patientinnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis 33% ein klinisch relevantes psychiatrisches Syndrom auf. Die Patientinnen waren jedoch, gemessen am CGI, nicht deutlich, schwer oder extrem schwer krank (kein CGI >5). Der Mittelwert des CGI sank insgesamt signifikant von 6,48 zum Aufnahmezeitpunkt auf 3,04 zum Katamnesezeitpunkt. Der psychische Zustand der Patientin, gemessen am CGI, verbesserte sich somit signifikant im Laufe der stationären Behandlung und weiter im Katamnesezeitraum.

CGI Teil 1	
Patient ist	
<input type="radio"/> 1: nicht beurteilbar	<input type="radio"/> 5: mäßig krank
<input type="radio"/> 2: überhaupt nicht krank	<input type="radio"/> 6: deutlich krank
<input type="radio"/> 3: Grenzfall psychiatr. Erkrankung	<input type="radio"/> 7: schwer krank
<input type="radio"/> 4: nur leicht krank	<input type="radio"/> 8: extrem schwer krank

Abbildung 12 - Clinical Global Impression

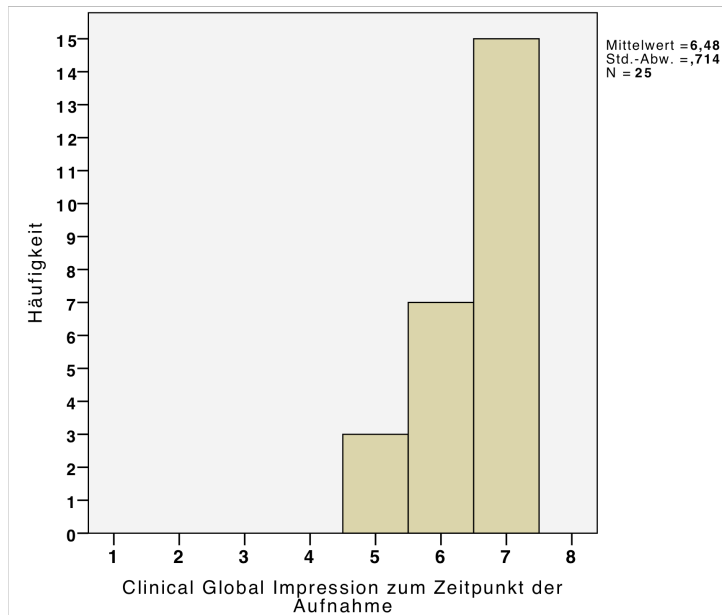


Abbildung 13 - CGI zum Aufnahmezeitpunkt

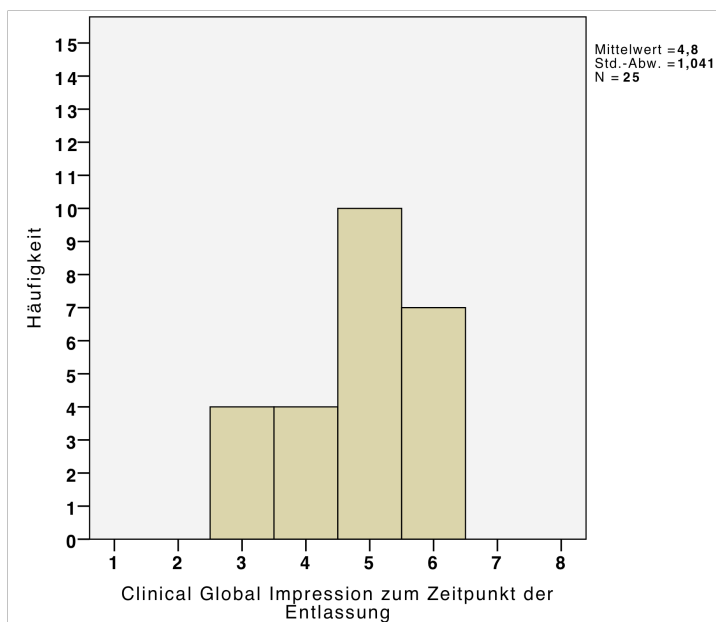


Abbildung 14 - CGI zum Entlasszeitpunkt

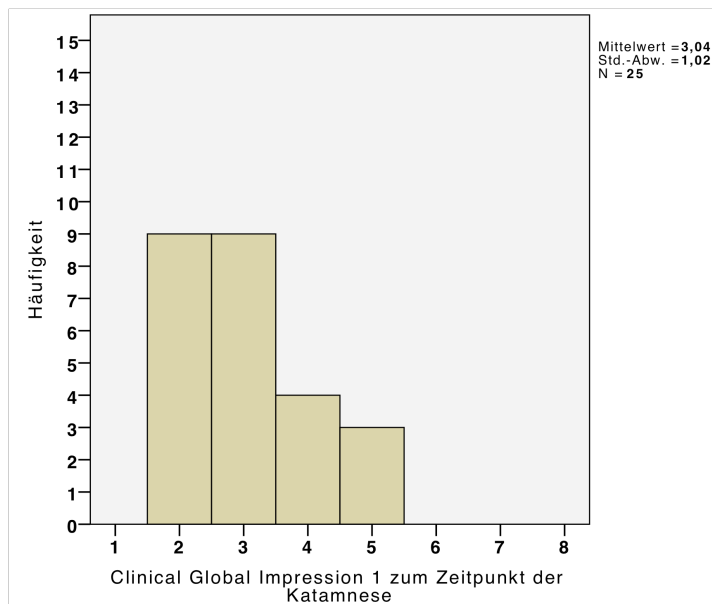


Abbildung 15 - CGI zum Katamnesezeitpunkt

Statistische Zusammenhänge

Bei den Korrelationen (nach Spearman) zwischen dem jeweiligen psychischen Befinden der Mutter, gemessen am CGI, zu jeweils Aufnahme, Entlassung und Katamnese zeigten sich keine statistisch signifikante Korrelationen und auch keine Tendenzen. Somit kann der CGI oder GAF nicht als Prädiktor für den psychischen Zustand der Mutter zum Katamnesezeitpunkt angesehen werden.

Im Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben wiesen alle Paarungen der CGI- und GAF-Werte bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese statistisch hochsignifikante p-Werte von $p < 0,01$ auf. Somit kann davon ausgegangen werden, dass CGI und GAF die Symptomschwere ähnlich widerspiegeln.

Es fand sich kein Zusammenhang von CGI als Marker des Erkrankungsgrades zum Aufnahme- bzw. Entlasszeitpunkt und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten ($p = 0,446$ bzw. $p = 0,684$).

4% der Patientinnen wurden durch das Jugendamt und 16% der Patientinnen notfallmäßig durch die Polizei im Rahmen des bayerischen Unterbringungsgesetzes eingewiesen. Die Art der Zuweisung hatte keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zum Vorliegen von Hilfsangeboten bzw. zum Gesundheitszustand der Mutter in Form des CGI zum Katamnesezeitpunkt ($p=0,597$ bzw. $p=0,190$). Bezüglich des Zuweisungsmodus fiel in den Analysen aber auf, dass alle diejenigen Patientinnen, die auf eigene oder auf Initiative von Angehörigen aufgenommen wurden (16%), bei Entlassung kein klinisch relevantes psychiatrisches Syndrom mehr boten. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang konnte aber angesichts der zu geringen Fallzahl nicht nachgewiesen werden.

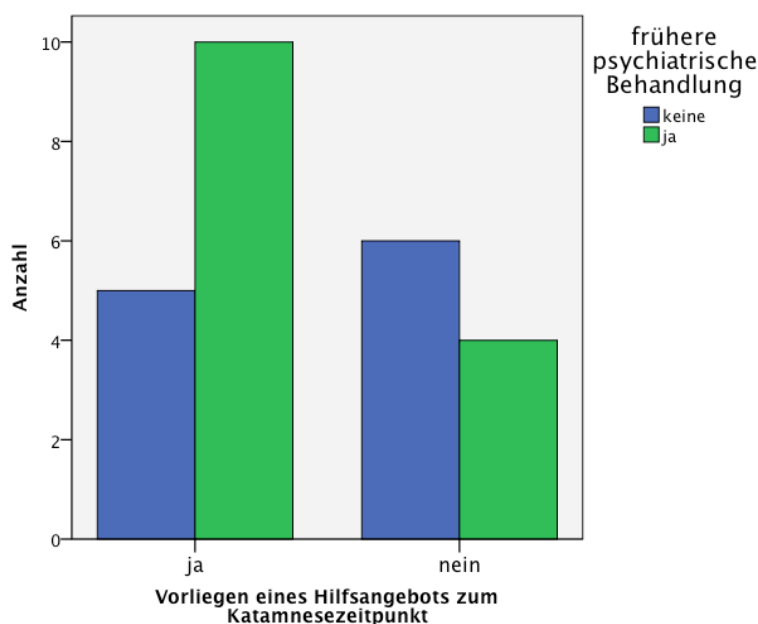


Abbildung 16 - Zusammenhang zwischen dem Merkmal Ersterkrankung/Krankheitsrezidiv und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Bei 44% der Patientinnen war von einer Ersterkrankung auszugehen. Unter den Frauen, die zum Katamnesezeitpunkt ein Hilfsangebot in Anspruch genommen hatten, waren fast doppelt so viele Patientinnen mit einem Krankheitsrezidiv im Vergleich zu Patientinnen mit einer Ersterkrankung. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Merkmal

Ersterkrankung/Krankheitsrezidiv und der Inanspruchnahme von Hilfen ($p=0,188$) bzw. dem Gesundheitszustand der Mutter im Verlauf konnte jedoch nicht gezeigt werden ($p=0,403$).

Die Compliance bezüglich der regelmäßigen Einnahme der verschriebenen Medikamente lag in beiden Gruppen bei 100%.

Die Rehospitalisierungsrate im Beobachtungszeitraum von 6 Monaten nach Entlassung war mit 8% insgesamt gering, was aber auch an der relativ kurzen Nachbefragungszeit liegen könnte. Beide rehospitalisierten Patientinnen wurden wegen einer erneuten depressiven Episode bei vorbeschriebener rezidivierender depressiver Störung stationär aufgenommen. Zur Überprüfung der Hypothese, ob Patientinnen mit der Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eine höhere Rehospitalisierungsrate als Patientinnen mit einer affektiven Störung aufweisen, wäre eine größere Ereignishäufigkeit notwendig.

Bei 100% der Patientinnen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ($n=6$) lagen Hilfen zum Katamnesezeitpunkt vor. Bei den Patientinnen mit einer affektiven Störung lag die Quote bei 44%. Das Signifikanzniveau von 5% wurde dabei nur knapp verfehlt ($p=0,0558$). Die Hypothese, dass Patientinnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis im Vergleich zu Patientinnen mit einer affektiven Störung eine engmaschigere und intensivere ambulante Unterstützung benötigen, konnte somit in dieser Studie nicht statistisch signifikant bestätigt werden, es war jedoch eine Tendenz nachzuweisen.

Der Prozentsatz an Patientinnen, welcher zum Katamnesezeitpunkt in einer Beziehung lebten, unterschied sich nur unwesentlich in den Diagnosegruppen (ICD-10 F2x.x: 67%, F3x.x 61%). Auch bei der Betrachtung des Merkmals Alleinerziehend zeigte sich kein wesentlicher Unterschied (ICD-10 F2x.x 67% , F3x.x 56%). Patientinnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen somit in unserer Stichprobe nicht statistisch signifikant weniger Partnerschaften als Patientinnen mit depressiven Störungen auf und waren nicht häufiger alleinerziehend.

Die Alterskategorie des Kindes (<1Jahr bzw. 1-3 Jahre) wies keinen signifikanten Zusammenhang zum Vorliegen von Hilfsangeboten ($p=0,734$) oder zum Gesundheitszustand der Mutter in Form des CGI ($p=0,404$) zum Katamnesezeitpunkt auf. Die Mütter mit Kindern unter einem Jahr bei Aufnahme benötigten weder mehr spezifische Unterstützung noch nahmen sie vermehrt Hilfsangebote zum Katamnesezeitpunkt in Anspruch als Mütter mit Kindern zwischen einem und drei Jahren. Sie wiesen auch kein schlechteres psychisches Befinden beim Katamnesezeitpunkt auf.

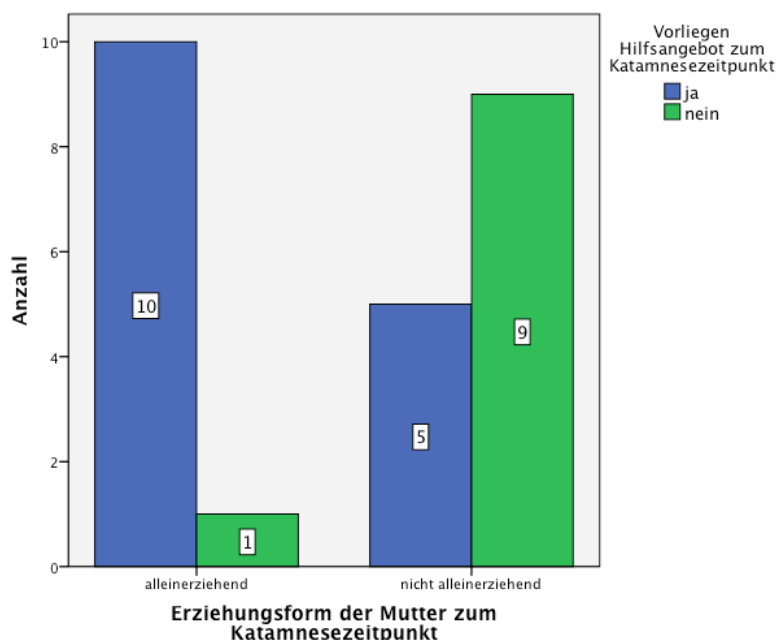


Abbildung 17 - Zusammenhang zwischen der Erziehungsform und dem Vorliegen von Hilfsangeboten zum Katamnesezeitpunkt

Bei Aufnahme waren 40% der Patientinnen alleinerziehend, bei Entlassung und Katamnese je 44%. Der Bevölkerungsdurchschnitt in Bayern liegt bei ca. 20% (Mühling und Rost 2009). Beim Vergleich des Merkmals „Vorliegen eines Hilfsangebots bei Katamnese“ konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu dem Merkmal „Alleinerziehend“ gefunden werden ($p=0,005$). Die alleinerziehenden Patientinnen hatten zum Katamnesezeitpunkt auch signifikant mehr Kontakt zum Jugendamt ($p=0,028$). Es fand sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erziehungsstatus (Alleinerziehend/Nicht Alleinerziehend) und der psychischen Gesundheit der Mutter zum Katamnesezeitpunkt in Form des CGI

($p=0,540$). Alleinerziehende Mütter benötigen somit mehr Unterstützung durch Hilfen und das Jugendamt, hatten aber kein statistisch signifikant schlechteres psychisches Befinden.

Es zeigte sich eine leichte Tendenz, dass die Mütter beim Katamnesezeitpunkt eher ein Hilfsangebot angenommen hatten oder benötigten, wenn der biologische Vater keinen häufigen und regelmäßigen Kontakt zum Kind hatte ($p=0,096$). Die Signifikanz von $p \leq 0,05$ wurde aber verfehlt. Der Kontakt des Vaters zum Kind machte keinen signifikanten Unterschied für den psychischen Gesundheitszustand der Mutter (gemessen am CGI) zum Katamnesezeitpunkt ($p=0,597$).

4. Diskussion

Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion im Vergleich zu bisherigen Studien

In der Literatur konnten vier Studien gefunden werden, die Auswertungen von Behandlungen auf einer Mutter-Kind-Station vorgenommen hatten. Eine statistische Auswertung der Eltern-Kind-Behandlungen der Jahre 1996 bis 2005 in der Tagesklinik Alteburger Straße am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Köln umfasste 79 Mütter, welche in 103 einzelnen stationären Aufenthalten behandelt worden waren (Arens und Görgen 2006). In einer Kohorte von 55 Frauen in stationärer Mutter-Kind-Behandlung im Klinikum Frankfurt Höchst wurde insbesondere auf Mütter mit postpartalen schizophreniformen oder schizophrener Psychosen eingegangen (M. Grube 2007). In der Zeit von Februar 2000 bis Januar 2002 hatten sich 135 Frauen mit ihren Säuglingen in der Mutter-Kind-Einheit des LWL-Klinikums in Herten vorgestellt (Luc Turmes 2003b). Bei 47% war eine vollstationäre und bei 35% eine ambulante Behandlung durchgeführt worden. Bei 18% der Mütter war nur eine diagnostische Abklärung erfolgt. Deneke berichtete über eine tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Deneke, Lüders u.a. 2004).

Der Altersmittelwert der Mütter bei Aufnahme auf die Mutter-Kind-Station betrug 32 Jahre. Der Altersdurchschnitt in der Mutter-Kind-Einheit in Herten lag vergleichbar bei 30,6 Jahren (Luc Turmes 2003b). 68% der Patientinnen lebten bei Aufnahme in einer festen Beziehung. Bei Aufnahme war mit 40% ein großer Teil der Patientinnen alleinerziehend, bei Entlassung und Katamnese je 44%. Alle Patientinnen lebten im Vorfeld der Aufnahme in einer Privatwohnung oder bei den Eltern. Es war keine Mutter in einer Institution oder einem Heim untergebracht oder an ein betreutes Wohnen angebunden.

Es fiel auf, dass in unserer Patientengruppe mit 44% im Bevölkerungsvergleich überproportional viele Mütter als höchsten Schulabschluß das Abitur aufwiesen (Bevölkerungsdurchschnitt in Bayern: 19%). 33% hatten sogar einen Fachhochschul- oder

Universitätsabschluss erreicht. Auf der anderen Seite hatten 24% der Mütter keinen Berufsabschluß. Dies könnte für einen Zusammenhang des Bildungsniveaus mit einer Inanspruchnahme einer Mutter-Kind-Behandlung sprechen. Hier stellt sich die Frage, ob Mütter mit einer höheren Schulbildung die Notwendigkeit von Hilfsangeboten höher einschätzen, welche letztlich zu einer Aufnahme auf die Mutter-Kind-Station führen.

Mit 64% wurde der Großteil der Patientinnen auf ärztliche Initiative hin eingewiesen. Weitere 16% kamen auf Initiative von Angehörigen, 16% im Rahmen des bayerischen Unterbringungsgesetzes und 4% auf Initiative des Jugendamtes zur stationären Aufnahme. Jeweils nur je eine Patientin wurde auf Initiative eines niedergelassenen Gynäkologen bzw. einer Frauenklinik eingewiesen. Somit kamen nur 8% der Patientinnen direkt aus dem gynäkologischen Umfeld. Als Erklärung hierfür wäre denkbar, dass im Vorfeld der stationären Aufnahme häufig erst die Installation eines Hilfsnetzes für die Kinder und nicht die Mutter erfolgt, z.B. über die ambulante Erziehungshilfe (AEH). Dies kann dann im weiteren Verlauf zu Hilfsangeboten für die Mutter bis hin zu einer stationären Aufnahme auf eine Mutter-Kind-Station führen. Im Idealfall könnte der Gynäkologe in Verdachtsfällen auf eine psychische Erkrankung der Mutter direkt einen Termin für ein Vorgespräch auf der Mutter-Kind-Station ausmachen.

Die durchschnittliche Verweildauer belief sich im Durchschnitt auf 62,64 Tage mit einem Minimum von 5 und einem Maximum von 179 Tagen. Die stationäre Behandlung der 64 vollstationär aufgenommenen Mütter in der Mutter-Kind-Station in Herten lag bei durchschnittlich nur 34,6 Tagen. Ursächlich für die im Literaturvergleich eher kurze stationäre Verweildauer wird die enge Vernetzung von Station und Spezialambulanz gesehen. Die an einer chronischen paranoiden Schizophrenie erkrankten Mütter befanden sich durchschnittlich 34,6 Tage, die an einer depressiven Störung erkrankten Mütter durchschnittlich 33 Tage in stationärer Behandlung. Die längste Verweildauer mit einem Mittelwert von 46,3 Tagen hatte die Patientengruppe mit einer schizoaffektiven Störung (Luc

Turmes 2003b). In der Mutter-Kind-Einheit in Frankfurt/Main befanden sich Patientinnen mit postpartal psychotischen Erkrankungsbildern ca. 6 Wochen länger in der stationären Mutter-Kind-Behandlung als die übrigen Diagnosegruppen (Mittelwert 16,8 vs. 10,9 Wochen). Als Hauptursache hierfür wurden Zweifel seitens des Behandlungsteams an der Erziehungsfähigkeit der schizophren erkrankten Mutter gesehen (M. Grube 2007).

Insgesamt zeigte unser Kollektiv, welches sich auf ganz Bayern erstreckt, erwartungsgemäß ein Überwiegen von affektiven Störungen (72%), einen geringeren Prozentsatz von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (24%) und einen nur kleinen Anteil anderer Störungen (4%), in diesem Fall die Diagnose einer PTBS. Die häufigste Einzeldiagnose war eine depressive Episode bei einer vorbestehenden rezidivierenden depressiven Störung (ICD 10: F33.x). Die statistische Aussagekraft dieser Studie wurde durch die geringe Fallzahl von Müttern mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (n=6) geschmälert.

Eine Patientin mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ verweigerte ohne Angabe von Gründen die Befragung. Eine kontinuierliche ambulante Anbindung und eine stationäre Behandlung sind bei dieser Patientengruppe u.a. wegen der eingeschränkten Krankheitseinsicht und eines oft fehlenden Leidensdrucks schwierig. Angesichts der langfristig häufig gestörten Mutter-Kind-Interaktion wäre hier eine professionelle Begleitung essentiell. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung war erwartungsgemäß in dieser Studie unterrepräsentiert. Zum Durchführungszeitpunkt der Studie lag auf der Mutter-Kind-Station auch noch kein spezifisches Therapiekonzept für emotional-instabile Persönlichkeitsstörungen vor, so dass Patientinnen mit dieser Diagnose auch noch zurückhaltend aufgenommen worden waren. Das Fehlen von Persönlichkeitsstörungen könnte aber auch dadurch erklärt werden, dass zwar in manchen Fällen eine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung bestand, aber als Hauptdiagnose eine affektive Störung gewählt wurde. Die häufigste Diagnose in Köln war mit 52% ebenfalls die depressive Störung, gefolgt von psychotischen Störungen mit 24%, von Angststörungen mit 13%, von einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ mit 11%,

von einer zyklischen Störung mit 10% und von einer Zwangsstörungen mit 4% (Arens und Görgen 2006). In der Mutter-Kind-Einheit in Herten fand sich eine ähnliche Verteilung der Diagnosen. Zu 57,8% lag eine depressive Störung und zu 34,4% eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Sonstige Diagnosen waren mit 7,8% angegeben (Luc Turmes 2003b).

Bei 44% der Patientinnen wurde von einer Ersterkrankung ausgegangen. Unter den Frauen, die ein Hilfsangebot in Anspruch genommen hatten, waren fast doppelt so viele Patientinnen mit einem Krankheitsrezidiv als Patientinnen mit einer Ersterkrankung. Hypothetisch könnte davon ausgegangen werden, dass bei einem Krankheitsrezidiv Hilfsangebote entweder bereits installiert waren oder der Hilfebedarf eher von außen und von der Patientin selbst erkannt wird. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Merkmal Ersterkrankung und der Inanspruchnahme von Hilfen bzw. dem Gesundheitszustand der Mutter im Verlauf konnte jedoch nicht gezeigt werden. Lediglich 32% der in der Mutter-Kind-Station in Köln behandelten Mütter befanden sich nach eigenen Angaben erstmalig in psychiatrischer Behandlung. Somit waren 68% der Mütter bereits vor der ersten Aufnahme einmal psychisch erkrankt (Arens und Görgen 2006). Patientinnen mit postpartalen Psychosen wiesen vor der Aufnahme in der Mutter-Kind-Station in Frankfurt meistens bereits eine präpartale Erstmanifestation auf. Die affektiven Störungen hatten sich hingegen meist postpartal das erste Mal manifestiert (M. Grube 2007). In der Mutter-Kind-Einheit in Herten lag bei den depressiven Störungen in 83,8% der Fälle eine Ersterkrankung vor, bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nur in 27% (Luc Turmes 2003b).

Über 2/3 der Patientinnen (68%) lebten bei Aufnahme in einer Beziehung, 40% der Patientinnen gaben aber an, bei Aufnahme alleinerziehend zu sein. Bei Entlassung und Katamnese waren es je 44%. Patientinnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis wiesen in unserer Stichprobe nicht weniger Partnerschaften als Patientinnen mit depressiven Störungen auf und waren auch nicht häufiger alleinerziehend. Die Studie der

Mutter-Kind-Station in Köln erbrachte vergleichbare Daten: 34% der Mütter waren alleinerziehend. Ebenfalls 68% lebten vor der Behandlung in einer festen Partnerschaft, wobei sich einige Patientinnen im Verlauf von ihrem Partner trennten. 77% der Partnerschaften waren laut der Mutter von Konflikten geprägt. Nur 19% der Mütter gaben an, in einer harmonischen Partnerschaft zu leben. Diese Quote liegt weit unterhalb des Bevölkerungsdurchschnitts und macht deutlich, wie wichtig es ist, den Partner mit in die Behandlung einzubeziehen. Nur eine einzige der alleinerziehenden Mütter der Studie in Köln gab einen „harmonischen Kontakt“ zum Kindsvater an. Ein Drittel der alleinerziehenden Mütter gab einen problematischen Kontakt zum Kindsvater an, die anderen alleinerziehenden Mütter pflegten zu diesem gar keinen Kontakt mehr (Arens und Görge 2006).

Beim Vergleich des Merkmals „Vorliegen eines Hilfsangebots bei Katamnese“ konnte ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu dem Merkmal „Alleinerziehend“ gefunden werden. Die alleinerziehenden Patientinnen hatten zum Katamnesezeitpunkt auch hochsignifikant mehr Kontakt zum Jugendamt. Es fand sich aber kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erziehungsstatus (Alleinerziehend/Nicht Alleinerziehend) und der psychischen Gesundheit der Mutter zum Katamnesezeitpunkt in Form des CGI. Alleinerziehende Mütter benötigen somit mehr Unterstützung durch Hilfen und das Jugendamt, hatten aber kein statistisch signifikant schlechteres psychisches Befinden. Hier wäre zu folgern, dass für Mütter mit Kleinkindern die Unterstützung im Alltag von größter Relevanz ist. Es zeigte sich eine leichte Tendenz, dass die Mütter beim Katamnesezeitpunkt eher ein Hilfsangebot angenommen hatten oder benötigten, wenn der biologische Vater keinen häufigen und regelmäßigen Kontakt zum Kind hatte ($p=0,096$). Das Signifikanzniveau wurde aber knapp verfehlt. Der Kontakt des Vaters zum Kind machte keinen signifikanten Unterschied für den psychischen Gesundheitszustand der Mutter (gemessen am CGI) zum Katamnesezeitpunkt ($p=0,597$).

Der Großteil der Kinder (64%) war bei Aufnahme jünger als 1 Jahr. Kein Kind war älter als 3 Jahre. Die Alterskategorie des Kindes (<1J bzw. 1-3J) wies keinen signifikanten

Zusammenhang zum Vorliegen von Hilfsangeboten oder zum Gesundheitszustand der Mutter in Form des CGI zum Katamnesezeitpunkt auf. Als Erklärung wäre denkbar, dass alle Kinder bis zum 3. Jahr noch weitgehendst von der Mutter abhängig sind und ein sehr großes Maß an Zuwendung und Versorgung benötigen. Erst ab dem Grundschulalter wäre hier theoretisch ein Unterschied zu erwarten.

Bei Aufnahme lag der CGI in unserem Patientengut im Mittelwert bei 6,48. In der Mutter-Kind-Einheit im LWL-Klinikums in Herten war der CGI bei Aufnahme mit einem Mittelwert von 6,1 vergleichbar. Im Unterschied zu unseren Daten befanden sich die Patienten in Herten in einem etwas besseren psychischen Befinden (Mittelwert CGI Entlassung bei 4,8 in unserer Kohorte im Vergleich zu 3,8 in Herten) (Luc Turmes 2003b). Der Schweregrad der Erkrankung erlaubte aber keine direkte Aussage über die Erziehungsfähigkeit der Mutter. Der psychische Zustand der Patientin, gemessen am CGI und GAF, verbesserte sich insgesamt signifikant im Laufe der stationären Behandlung und weiter im Katamnesezeitraum. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang vom CGI bei Aufnahme zu dem Vorliegen eines psychiatrischen Syndroms zum Katamnesezeitpunkt ($p=0,013$). Der Zusammenhang zwischen dem CGI bei Entlassung und dem Vorliegen eines psychiatrischen Syndroms zum Katamnesezeitpunkt war mit einem p-Wert von 0,086 (auf dem Niveau von 0,05) nicht signifikant, wies aber auf einen möglichen Zusammenhang hin. Es ist somit davon auszugehen, dass Patientinnen, die bei Aufnahme ein schwereres Krankheitsbild boten, eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, keine Remission zu zeigen bzw. ein psychiatrisches Syndrom zum Katamnesezeitpunkt 6 Monate nach Entlassung zu zeigen.

Die Rehospitalisierungsrate im Beobachtungszeitraum war mit 8% insgesamt gering, was aber auch an der relativ kurzen Nachbefragungszeit von 6 Monaten liegen könnte. Zur Überprüfung der Hypothese, ob Patientinnen mit einer Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eine höhere Rehospitalisierungsrate als Patientinnen mit einer

affektiven Störung aufweisen, wäre eine größere Ereignishäufigkeit notwendig. Insgesamt spricht die niedrige Rehospitalisierungsrate für eine gute poststationäre Nachsorge.

72% der Mütter hatten sich im Vorfeld der stationären Aufnahme bereits in ambulant psychiatrischer Behandlung befunden. Nach Entlassung hatten sich 88% der Patientinnen in eine psychiatrische oder nervenärztliche Weiterbehandlung begeben. Zum Katamnesezeitpunkt befanden sich immerhin noch 84% der Mütter in ambulanter Weiterbehandlung. Zum Katamnesezeitpunkt waren 68% der Mütter Psychopharmaka ärztlicherseits verordnet. Die Compliance bezüglich der regelmäßigen Einnahme der verschriebenen Medikamente lag in beiden Gruppen bei 100%. Hier muss aber in einigen Fällen von einer sozial erwünschten Antwort ausgegangen werden.

Positiv zu sehen ist der mit 36% relativ hohe Anteil von Patientinnen, die zum Katamnesezeitpunkt Psychotherapie in Anspruch nahmen. Dies ist sicher auch auf die hohe Anbindung an einen Psychiater/Neurologen/Nervenarzt (84%) zurückzuführen, welche der Patientin eine psychotherapeutische Behandlung empfehlen und einleiten kann.

Bei Aufnahme erhielten bereits 52% der Mütter spezifische Hilfsangebote für psychisch kranke Mütter. Bei Entlassung waren für insgesamt 76% der Patientinnen Angebote organisiert und eingeleitet worden. Zum Katamnesezeitpunkt waren immerhin noch bei 60% spezifische Hilfsangebote erfragbar. Zum Aufnahmezeitpunkt waren die Einbeziehung des Jugendamtes (32%), der Besuch einer Beratungsstelle (24%), Unterstützung durch eine Hebamme (24%) und die Einbeziehung des Sozialbürgerhauses (16%) die häufigsten Hilfen. Nur 8% der Mütter hatten Erziehungshilfen. Das Programm „Frühe Hilfen“ der Stadt München wurde nur von einer Mutter in Anspruch genommen. Als Erklärung hierfür wäre denkbar, dass häufig erst eine Haushaltshilfe eingeleitet wurde. Sollte sich diese Hilfsmaßnahme als nicht ausreichend herausstellen, wurde in den meisten Fällen gleich die im Vergleich zu den „Frühen Hilfen“ intensivere ambulante Erziehungshilfe eingeleitet.

Bei Entlassung war weiterhin die Einbeziehung des Jugendamtes mit 48% das häufigste Hilfsangebot, gefolgt von der Einbeziehung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) (32%), der Unterstützung durch Erziehungshilfen (28%) und der Einbeziehung des Sozialbürgerhauses (ebenfalls 28%). Übereinstimmend hierzu wurde in der Mutter-Kind-Station in Köln für 20% der Mütter eine sozialpädagogische Familienhilfe (SpFH) als weiterführende erziehungsunterstützende Maßnahme organisiert (Arens und Görgen 2006).

Zum Katamnesezeitpunkt zeigte sich ein ähnliches Bild. Häufigste Unterstützungsmaßnahmen waren die Einbeziehung des Jugendamtes (48%), des Sozialbürgerhauses (36%) und der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) (16%). Als vierthäufigste Hilfsmaßnahme war der Besuch einer Selbsthilfegruppe mit 12% zu erfragen.

Es fiel auf, dass nur wenige Mütter über den Besuch von spezifischen Beratungsstellen (Erziehungs-, Paarberatung, Beratungsstelle für alleinerziehende Mütter) oder Selbsthilfegruppen berichteten. Als Erklärung wäre denkbar, dass diese Angebote nicht bekannt genug sind und nicht niederschwellig genug erscheinen. Darüber hinaus könnte hypothetisch eine Unsicherheit seitens der Mutter, vor dem was passieren könnte, und eine Angst vor einer Wegnahme des Kindes, bestehen. Zudem ist der Besuch einer Beratungsstelle oder einer Selbsthilfegruppe für Mütter mit Kleinkindern zeitlich schwierig zu organisieren und von der subjektiven Dringlichkeit wahrscheinlich eher untergeordnet. Hier wären aufsuchende Maßnahmen wie die ambulante Erziehungshilfe für die Mütter besser in den Alltag mit Kleinkind einzubinden.

Vor Aufnahme bestand bei 40% der Mütter bereits Kontakt zum Jugendamt, bei Entlassung war bei weiteren 16% der Mütter der Kontakt vermittelt worden. Diese hohe Anbindungsquote an das Jugendamt von 56% bestand bis zum Katamnesezeitpunkt fort. Das Jugendamt wurde in den Interviews häufig als Last und eher einschränkend und entmündigend empfunden und, wenn irgendwie möglich, aktiv vermieden. In den Daten findet sich das Jugendamt auch als am längsten bestehendes und häufigstes Hilfsangebot. So sind die Sorgen der Mütter, „im Blick des Jugendamtes“ zu bleiben, durchaus berechtigt.

Bei 100% der Patientinnen (n=6) mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis lagen Hilfen zum Katamnesezeitpunkt vor. Bei den Patientinnen mit einer affektiven Störung lag die Quote bei 44%. Die Signifikanz von $p \leq 0,05$ wurde dabei knapp verfehlt. ($p=0,0558$). Die Hypothese, dass Patientinnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis im Vergleich zu Patientinnen mit einer affektiven Störung eine engmaschigere und intensivere ambulante Unterstützung benötigen, konnte somit in dieser Studie nicht statistisch signifikant bestätigt werden, es war jedoch eine Tendenz nachzuweisen.

Generell ist die Inanspruchnahme von Hilfen zum einen vom sozialen Umfeld und zum anderen von der Schwere der psychischen Erkrankung abhängig. Dies könnte erklären, dass auch Mütter mit einer nur geringen Krankheitsschwere aber einem wenig unterstützendem sozialen Umfeld viele Hilfsangebote benötigen.

Im Gegensatz zu unseren Ergebnissen kamen rund 40% der entlassenen Mütter im Rahmen der Auswertung der tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung in Hamburg ohne weitere spezielle Unterstützung aus. Bei etwas über die Hälfte der Patienten war aber noch eine längerfristige, teilweise jahrelange, spezielle psychosoziale Unterstützung notwendig (Deneke, Lüders u.a. 2004).

Bei den Kleinkindern unter 3 Jahren lag in unserer Kohorte insgesamt wenig Fremdbetreuung vor. Am häufigsten wurden hier im Vorfeld der Aufnahme mit 28% die Großeltern und mit 20% der Partner genannt. Nach Entlassung erhielten je 20% der Patientinnen Unterstützung von ihren Großeltern und dem Partner. Zum Katamnesezeitpunkt stieg die Unterstützung durch die Großeltern auf 40% der Patientinnen, die Unterstützung durch den Partner blieb stabil. Die niedrige Rate an Unterstützung durch die Großeltern könnte auch dadurch mitbedingt sein, dass der großen Zahl von alleinerziehenden Müttern (44% zum Entlass- und Katamnesezeitpunkt) auch nur ihre eigene Großmutter zur Verfügung stand. Zudem war zu beobachten, dass bei den psychisch erkrankten Müttern generell wenig Kontakte zur Familie bestanden. Übereinstimmend hierzu hatten Mütter mit schizophrenen Psychosen verglichen mit depressiv erkrankten Frauen in der Studie der

Mutter-Kind-Einheit in Köln eher ungünstige Unterstützungsverhältnisse durch die Großeltern (Arens und Görgen 2006). Nur etwa 2/3 der Mütter (12 von 17 Patientinnen) aus der Frankfurter Studie mit einer postpartal exazerbierten oder erstmanifestierten schizophrenen Psychosen konnten die Kinderversorgung nach Entlassung zu Hause mit gegebenenfalls Unterstützung der Großeltern selbst übernehmen. Im Gegensatz dazu konnte alle 20 Mütter mit einer depressiven Erkrankung die Kinder zu Hause alleine versorgen (M. Grube 2007). Mit einem Anteil vom 16% besuchten überproportional viele der 0-3 jährigen Kleinkinder (Bevölkerungsdurchschnitt in Bayern: 8,2%; Bundesjugendstatistik 2006) zum Katamnesezeitpunkt eine Kinderkrippe, unter anderem wohl auch, da Kinder von Müttern mit einer psychischen Erkrankung eine hohe Dringlichkeitsstufe haben. Es sind aber auch Schwierigkeiten seitens der psychisch erkrankten Mutter bei der Suche nach einer Kinderkrippe denkbar, für welche eine Kinderkrippe eine Entlastung darstellen würde. Eine Unterstützung durch das Jugendamt wäre hier sinnvoll, zum einem zur Schaffung einer Tagesstruktur und zum anderen zur Ermöglichung der Teilnahme der Mutter an therapeutischen Maßnahmen wie Psychotherapie, Selbsthilfegruppen oder des Besuches einer Beratungsstelle.

Es kam nur bei einer Mutter (4% aller Patientinnen) zu einer bis zum Katamnesezeitpunkt reichenden Inobhutnahme des Kindes. In zwei anderen Fällen (8% aller Patientinnen) war es nur vorübergehend zu einer Unterbringung in einer Pflegefamilie gekommen. Somit konnte insgesamt das Ziel der Familienerhaltung weitgehendst erreicht werden. Ähnlich Ergebnisse zeigten sich auch in den Studien in Köln und Herten: 11% der Kinder der Studie aus Köln waren zumindest zeitweise in Pflegefamilien untergebracht. Lediglich bei einem Ehepaar hatte die Eltern-Kind-Behandlung mit der Übergabe des Kindes an das Jugendamt geendet, welches dann das Kind in eine Pflegefamilie gab (Arens und Görgen 2006). Nur in einem der insgesamt 135 behandelten Fälle in Herten war ein Kind von einer Mutter mit einer chronisch-schizophrenen Erkrankung zur Adoption freigegeben worden (Luc Turmes 2003b).

Insgesamt zeigen die Daten, dass die psychiatrische Intervention im Rahmen der stationären Mutter-Kind-Behandlung im IAK-KMO einen großen Beitrag zur Installierung eines Hilfesystems beigetragen hat, das Ziel der Familienerhaltung erreicht werden konnte und die Mütter von der Behandlung langfristig profitierten.

Mögliche Konsequenzen für die Praxis

Die Grundlage für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit präventiver Hilfen, stellt eine funktionierende Kooperation zwischen der Psychiatrie und der Jugendhilfe dar. Es handelt sich hierbei um 2 Hilfesysteme, die meist wenig voneinander wissen und sehr unterschiedliche Organisationskulturen aufweisen (J Jungbauer 2008). Strittig ist häufig, wer für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil finanziell zuständig ist. Eine gute Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie bedarf schriftlich fixierter Kooperationsvereinbarungen, die auch kontinuierlich auf ihre Praktikabilität überprüft werden sollten (Lenz 2008). Ein wichtiger Schritt wäre hier die Bildung von Arbeitskreisen auf regionaler Ebene. Dafür könnte z.B. am Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamtes und in Jugendhilfeeinrichtungen ein interner Beauftragter für Kinder psychisch kranker Eltern benannt werden, der die Kollegen berät und für die Kooperation mit der Psychiatrie zuständig ist. In den Kliniken könnte die Bereitstellung eines klinikinternen Kinderexperten erfolgen, der Mitarbeiter auf den Stationen berät, erkrankten Eltern und deren Familien als Ansprechpartner zur Verfügung steht und die Kooperation mit der Jugendhilfe koordiniert.

Trotz des Vorhandenseins des Instruments des Hilfeplanverfahrens (SGB VII, §36) sind Angebote häufig nicht aufeinander abgestimmt. Dem entgegenwirkend könnte ein Sozialarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) die Funktion eines Case-Managers übernehmen, um den Familien bei der Überwindung ihrer Orientierungslosigkeit zu helfen, die durch die Zersplitterung der Angebote hervorgerufen wird. Ziel wäre es, passende Hilfen ausfindig und zugänglich zu machen (Wendt 1995). Angebote könnten z.B. auch an von

denjenigen Stellen vermittelt werden, mit denen die psychisch kranken Mütter regelmäßig in Kontakt sind, wie z.B. das Arbeitsamt oder das Sozialbürgerhaus. Da in den Jugendämtern und Sozialbürgerhäusern keine Psychiater vor Ort verfügbar sind, könnten Kooperationen mit Kliniken oder ambulant niedergelassenen Psychiatern etabliert werden, um in Verdachtsfällen einen raschen Kontakt der Mutter mit einem Psychiater herstellen zu können.

Frauen könnten z.B. im Rahmen der Geburtsvorbereitungskurse, bei einer Kreissaalbesichtigung oder bei der Rückbildungsgymnastik niederschwellig in Form von Flyern Informationen über prä- und postpartale Störungen und Hilfsangebote erhalten.

Die Begleitung von psychisch belasteten oder erkrankten Schwangeren durch Psychiater und entsprechend geschulte Gynäkologen ist eine besonders sinnvolle, da präventiv wirkende Aufgabe, welche aber selten in Anspruch genommen wird. Vor allem für chronisch schizophrene Patientinnen ist eine professionelle Begleitung durch die Schwangerschaft notwendig, da diese Gruppe besonders belastende Schwangerschaften, wenig psychosoziale Unterstützung und später in der Regel besondere Probleme in der Kommunikation und im Umgang mit dem Kind aufweist (Hornstein 2003). Ein Ziel wäre es, eine ähnliche präventive Zusammenarbeit mit Kliniken und ambulanten Diensten aufzubauen wie sie beispielsweise in Kopenhagen erfolgt ist (Lier, Gammeltoft u.a. 1995).

Wünschenswert wäre ein möglichst frühzeitiger psychiatrischer Kontakt zur psychisch erkrankten Mutter, um einen entsprechenden Hilfeplan ins Leben rufen zu können. Hierzu wäre eine Intensivierung des Austausches zwischen Psychiatern und Gynäkologen, die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Vermittlung von bindungstheoretischem Wissen erforderlich. Auch Selbsthilfe- und Angehörigengruppen für Mütter und Väter stellen eine gute Unterstützungsmöglichkeit dar.

Wichtig als präventive Maßnahme und als ambulante Nachsorge wäre die Unterstützung der Mutter mit niederschwelligen Angeboten, wie z.B. dem Angebot „Frühe Hilfen“ der Stadt München.

Eine Befragung der Günzburger Beratungsstelle "FIPS" zeigte, dass besonders Angebote als hilfreich erlebt werden, die auf eine Verbesserung der Familienproblemsituation gerichtet sind. Dieses niederschwellige Angebot im Sinne einer aufsuchenden Sozialarbeit bietet deshalb ergänzend auch Hausbesuche an. Darüber hinaus bewerteten die psychisch erkrankten Eltern die Unterstützung im Umgang mit Institutionen im Sinne von Informationen über mögliche Ansprüche und Hilfestellungen im Kontakt mit Ämtern und anderen Einrichtungen als sehr hilfreich (Krumm, Lahmeyer u.a. 2008).

Diese Erkenntnisse könnten als Ansatzpunkt gewählt werden, um im Rahmen der erwünschten Beratung bezüglich Erziehung und Umgang mit Ämtern weitere Präventivmaßnahmen und psychiatrische Angebote zu unterbreiten sowie im Kontakt bleiben zu können.

Um weg von zeitlich befristeten Modellprojekten hin zu finanziell langfristig tragfähigen Lösungen zu kommen, ist eine Professionalisierung der sozialen Arbeit notwendig. Beispielhaft kann hier die ärztliche Beratungsstelle für psychisch kranke Eltern und ihrer Kinder "AURYN" in Leipzig genannt werden, welche unbefristet durch das Jugendamt finanziert wird. Hier werden, basierend auf Erkenntnissen der Resilienzforschung bedarfsabhängig individuelle Familien-, Paar- und Gruppeninterventionen angeboten (Lägel 2008).

Im Rahmen des Aachener Modellprojekts AKisiA („Auch Kinder sind Angehörige“) für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder werden Strukturen erprobt, um Hilfen als Regelangebote der psychosozialen Versorgung zu etablieren. Die konzeptuellen Bausteine sind Einzel- und Familiengespräche, eine kindergerechte Information über psychische Krankheiten, Gruppenangebote für Kinder, eine offene Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern, eine Elternberatung, Elternabende und eine Telefonsprechstunde (Magolei und Jungbauer 2010).

Explizites Ziel einer Mutter-Kind-Behandlung wäre die Herstellung einer Behandlungskette. Hier wäre z.B. ein abgestuftes diagnostisch-therapeutisches Angebot von Spezialambulanz, Tagklinik und stationärer Behandlung eine optimale Versorgung von postpartalen

psychischen Störungen. Bei Bedarf könnte dann die Spezialambulanz die Möglichkeit einer adäquaten Weiterbehandlung der Patientin nach der Entlassung aus der voll- oder teilstationären Behandlung bieten. Zudem wäre die regelhafte Einrichtung von psychiatrischen Mutter-Kind-Einheiten wie bereits am IAK-KMO und am Inn-Salzach-Klinikum in Wasserburg vorhanden, an den psychiatrischen Kliniken mit definiertem Einzugsgebiet notwendig.

Ziel wäre es die Zahl der Direkteinweisungen auf die stationär-psychiatrischen Mutter-Kind-Einheiten zu erhöhen. Die könnte z.B. durch regelmäßige Informationsveranstaltungen für Gynäkologen, Kinderärzte, Hausärzte, Hebammen, soziale Einrichtungen und interessierte Laien erzielt werden. Denkbar wäre auch ein Tag der offenen Tür der Mutter-Kind-Station.

Es besteht insgesamt ein Mangel an Wohneinrichtungen für psychisch kranke Mütter mit Kind im Anschluss an eine stationär-psychiatrische Behandlung auf einer Mutter-Kind-Station. Hier beschränkt sich das Angebot in München auf das „Haus Lucia“ und die „Mutter-Kind-Wohngruppe Landshuter Allee“. Letztere nimmt aber nur im Einzelfall psychisch erkrankten Müttern mit Kind auf.

Verbesserung der Evaluation

Es wird die Frage zu klären sein, welches Standards für die Arbeit in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil für notwendig erachtet werden und wie der Nutzen unterschiedlicher Hilfsangebote möglichst objektiv im Sinne einer Qualitätssicherung bewertet werden kann. Es sollten Evaluationskriterien formuliert werden, um den Vernetzungsprozess zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie zu bewerten. Es müssten praxistaugliche Erhebungsinstrumente entwickelt werden, mit denen die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern und deren Kindern ohne großen Arbeitsaufwand dokumentiert und evaluiert werden könnte, z.B. in Form eines Kurzfragebogens mit Zielerreichungsskalen.

Prinzipiell sollten Präventionsangebote für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil standardisiert als Manual verfügbar sein, um einen vergleichbaren Qualitätsstandard zu halten und eine Evaluation zu ermöglichen. Das US-amerikanische Präventionsprogramm "Hoffnung, Sinn und Kontinuität", das unter der Leitung von William Beardslee entwickelt wurde, ist speziell für Familien mit einem depressiv erkrankten Elternteil konzipiert und liegt seit 2009 in deutscher Übersetzung vor (W.R. Beardslee und Ronshausen 2009). Einen konzeptuell ähnlichen Ansatz verfolgt das Präventionsprogramm "Ressourcen fördern" (Lenz 2010). Bei beiden Programmen handelt es sich um multimodale familienzentrierte Programme, deren Ziel es ist, protektive Faktoren bei den Kindern und ihren Familien zu fördern und dabei systematisch den institutionellen Kontext mit einzubeziehen.

Begrenzungen dieser Arbeit

In dieser Studie liegt der Schwerpunkt auf einer deskriptiven Beschreibung. Die verwendeten Skalen bezüglich der Krankheitsschwere (CGI/GAF) sind untersucherabhängig, ebenso der erstellte psychopathologische Befund. Um statistisch besser verwertbare Aussagen zu erhalten und den Untersuchungsbias zu minimieren, könnten bei zukünftigen Katamnesestudien zusätzlich standardisierte Skalen, Fragebögen und Untersuchungsmethoden verwendet werden, wie z.B. der SKID (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV), die SCL-90 (Symptom-Checkliste-90), der F-SozU (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung), der PBQ (Parental Bonding Questionnaire) oder die Lips Maternal Self Confidence Scale.

Durch die Fallzahl und den geringen Prozentsatz an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis konnten keine diagnosespezifischen Aussagen getroffen werden. Hier könnte bei der Auswahl der Probanden auf eine ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Diagnosegruppen geachtet werden. Als Folgestudie könnte die weitere katamnestische Befragung der Mütter in Jahresfristen bis hin zu einer 5-Jahreskatamnese erfolgen. In einer

größeren und methodisch differenzierteren Studie könnte eine Vergleichsgruppe mit eingeschlossen werden. Die Vergleichsgruppe könnte aus psychiatrisch erkrankten Müttern mit Kinder zwischen 0 und 6 Jahren bestehen, die auf einer allgemeinspsychiatrischen Station ohne ihr Kind behandelt werden. Darüber hinaus wären zur besseren Beurteilung des Zustandes der Kinder eine zusätzlich Untersuchung der Kinder durch einen Kinder- und Jugendpsychiater sinnvoll. In der Auswertung könnten Unterschiede im Befinden und Behandlung der Mutter, in der Notwendigkeit und der Inanspruchnahme von Hilfen und in der Qualität des sozialen Netzes und der Betreuungs- und Wohnsituation betrachtet werden. Interessant wäre die subjektive Einschätzung der Mütter über Nutzen und Notwendigkeit der stationären Mutter-Kind-Behandlung und der vermittelten ambulanten Hilfen im Sinne einer Evaluierung. Hier könnte zur Erfassung des Hilfsbedarfes z.B. die CAN-M durchgeführt werden.

5. Zusammenfassung

In Deutschland gibt es im internationalen Vergleich wenig spezialisierte stationär-psychiatrische Mutter-Kind-Angebote. In dieser Arbeit wurde an einem Patientengut von 25 Patientinnen der Mutter-Kind-Station „Haus 71“ am IAK-KMO untersucht, inwiefern psychisch kranke Mütter von einer stationären Mutter-Kind-Behandlung profitieren. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Inanspruchnahme spezifischer Hilfsangebote für psychisch kranke Mütter gelegt. Katamnestisch wurden hierzu 6 Monate nach Entlassung in einem strukturierten Interview u.a. der psychiatrische Krankheitsverlauf, eine Einschätzung des Krankheitsgrades, die Betreuungssituation des Kindes und detailliert die Inanspruchnahme und die Nachhaltigkeit von spezifischen Hilfsangeboten erfasst.

Insgesamt zeigen die Daten, dass die psychiatrische Intervention im Rahmen der stationären Mutter-Kind-Behandlung im IAK-KMO einen großen Beitrag zur Installierung eines Hilfesystems beigetragen hat, das Ziel der Familienerhaltung erreicht werden konnte und die Mütter von der Behandlung langfristig profitierten.

6. Literaturverzeichnis

- Achenbach, TM (1991): Manual for the child behavior checklist and 1991 profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Apfel, Roberta J, Handel, Maryellen H (1993): Madness and loss of motherhood : sexuality, reproduction, and long-term mental illness, Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Arens, Doris und Görgen, E (2006): Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Ein Konzept für die stationäre Pflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bâgedahl-Strindlund, Margaretha und Ruppert, Sonja (1998): Parapartum mental illness: A long-term follow-up study. *Psychopathology*, 31, 250-259.
- Ballestrem, C-L v , Strauss, M und Kächele, H (2005): Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany, implications for the utilization of treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 29-35.
- Beardslee, W.R. und Ronshausen, D. (2009): Hoffnung, Sinn und Kontinuität: Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern, Dgvt Verlag.
- Beardslee, William R , Versage, Eve M und GIADSTONE, TRACY RG (1998): Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Beeck, Katja (2004): Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern. Infobroschüre. Eigenverlag, Berlin.
- Braun-Scharm, Hellmuth (2002): Depressionen und komorbide Störungen, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Brockington, I. (2004): Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363, 303-10.
- Brockington, Ian (1992): The Provision of Services for Postpartum Mental Illness in the United Kingdom. JA Hamilton und PN Harberger (Eds.): aaO 126, 136.
- Brockington, Ian (1996): Motherhood and mental health, Oxford University Press M.D.
- Brockington, Ian F , Cernik, Kate F , Schofield, Elizabeth M , Downing, Allan R , Francis, Anthony F und Keelan, Christine (1981): Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38, 829.
- Cooper, Peter J , Murray, Lynne , Wilson, Anji und Romaniuk, Helena (2003): Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression 1. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Cox, John L , Holden, JM und Sagovsky, R (1987): Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Deneke, C , Lüders, B und Gamm, C (2004): Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei postpartalen psychischen Störungen: Behandlungskonzept und erste Ergebnisse. *Berner Schriftenreihe zur Kinder-und Jugendpsychiatrie*, 6, 81-95.
- Dilling, Horst , Mombour, Werner und Schmidt, Martin Heinrich (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien/hrsg. von H. Dilling, W. Mombour und MH Schmidt.
- Dornes, M (1999): Formen der Eltern-Kleinkind-Beratung und-Therapie: Ein Überblick. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung*, 1, 31-55.
- Endicott, Jean , Spitzer, Robert L , Fleiss, Joseph L und Cohen, Jacob (1976): The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766.

- Field, Tiffany (1992): Infants of depressed mothers. *Development and psychopathology*, 4, 49-66.
- Fombonne, Eric , Wostear, Gail , Cooper, Vanessa , Harrington, Richard und Rutter, Michael (2001): The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 210-217.
- Grube, M. (2007): Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen Psychosen, In: Prof. Dr. Peter; Hartwich und Prof. Dr. Arnd Barocka (Hrsg.): *Schizophrene Erkrankungen - Prophylaxe, Diagnostik und Therapie*, 1. Auflage ed.: Verlag Wissenschaft & Praxis.
- Grube, M. und Dorn, A. (2007): [Parenthood and mental illness]. *Psychiatrische Praxis*, 34, 66-71.
- Gunlicks, Meredith L und Weissman, Myrna M (2008): Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 379-389.
- Häfner, Heinz (2005): *Das Rätsel Schizophrenie*, CH Beck.
- Hamilton, James Alexander und Harberger, Patricia Neel (1992): *Postpartum psychiatric illness: A picture puzzle*, University of Pennsylvania Press.
- Hans, Sydney L , Auerbach, Judith G , Styr, Benedict und Marcus, Joseph (2004): Offspring of Parents With Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 30, 303-315.
- Hartmann, H. P. (1997a): [Mother-child treatment in psychiatry. I: Overview of experiences up to now]. *Psychiatrische Praxis*, 24, 56-60.
- Hartmann, H. P. (1997b): [Mother-child treatment in psychiatry. III. The author's own experiences--practical implementation and discussion]. *Psychiatrische Praxis*, 24, 281-5.
- Hickey, Anthea R , Boyce, Philip M , Ellwood, David und Morris-Yates, Allen D (1997): Early discharge and risk for postnatal depression. *Medical Journal of Australia*, 167, 244-249.
- Hollingsworth, Leslie Doty (2004): Child custody loss among women with persistent severe mental illness. *Social Work Research*, 28, 199-209.
- Hornstein (2003): Mutterschaft und Schizophrenie - Frü hzeitige Unterstü tzung gegen spä te Beziehungsstö rungen. . *NeuroTransmitter, Sonderheft 2*, 40 – 45.
- Hornstein, C , Trautmann-Villalba, P , Hohm, E , Rave, E , Wortmann-Fleischer, S und Schwarz, M (2007): Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen. *Der Nervenarzt*, 78, 679-684.
- Howard, L. , Hunt, K. , Slade, M. , O'Keane, V. , Senevirante, T. , Leese, M. und Thornicroft, G. (2007): Assessing the needs of pregnant women and mothers with severe mental illness: the psychometric properties of the Camberwell Assessment of Need - Mothers (CAN-M). *Int J Methods Psychiatr Res*, 16, 177-85.
- Howard, Louise M und Underdown, Helen (2011): The needs of mentally ill parents--a review of the literature. *Psychiatrische Praxis*, 38, 8.
- Howard, Louise Michele , Goss, Claudia , Leese, Morven , Appleby, Louis und Thornicroft, Graham (2004): The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 71, 49-60.
- Howard, LouiseM und Hunt, Katherine (2008): The needs of mothers with severe mental illness: a comparison of assessments of needs by staff and patients. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 131-136.
- Joy, CB und Saylan, M (2007): Mother and baby units for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, CD006333.
- Jungbauer, J (2008): Organisationskulturen und-subkulturen: Eine Herausforderung für das Kooperationsmanagement am Beispiel der Psychiatrie, In: U Deller und R Krockauer (Hrsg.): *Kooperationsmanagement-Führung in Gesundheits-und Sozialdiensten*. Barbara Budrich Verlag.
- Jungbauer, J , Kuhn, J und Lenz, A (2010): Zur Prävalenz von Elternschaft bei schizophrenen Patienten. *Das Gesundheitswesen*, 73, 286-289.
- Jungbauer, Johannes , Kinzel-Senkbeil, Jutta , Kuhn, Juliane und Lenz, Albert (2011): Familien mit einem schizophren erkrankten Elternteil: Ergebnisse einer

- fallrekonstruktiven Familienstudie. Zeitschrift für Familienforschung-Journal of Family Research, 23.
- Kapfhammer, H. P. (2003): Psychische Störungen im Wochenbett, In: Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux und Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Berlin Heidelberg.
- Kaplan, Harold I , Sadock, Benjamin J und Habermeyer, Elmar (2000): Klinische Psychiatrie, Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Kendell, R. E. , Chalmers, J. C. und Platz, C. (1987): Epidemiology of puerperal psychoses. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 150, 662-73.
- Kölch, Michael (2009): Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern, In: Prof. Dr. Heiner Keupp (Hrsg.): Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Berlin: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts.
- Kölch, Michael und Schmid, Marc (2008): Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Jg. 57, 774-788.
- Krumm, S , Lahmeyer, C , Kilian, R und Becker, T (2008): Die subjektive Sicht von Klienten einer Beratungsstelle für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil - Familiärer Hintergrund und Inanspruchnahme. Nervenheilkunde, Vol. 27, 545-552.
- Kumar, R , Marks, Maureen , Platz, Christine und Yoshida, Keiko (1995): Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. Journal of affective disorders, 33, 11-22.
- Kumpf-Tontsch, A , Schmid-Siegel, B , Klier, CM , Muzik, M und Lenz, G (2001): Leitartikel- Versorgungsstrukturen für Frauen mit postpartalen psychischen Störungen-Eine Bestandsaufnahme für Österreich. Wiener Klinische Wochenschrift, 113, 641-646.
- Kurstjens, Sophie und Wolke, Dieter (2001): Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. Z Klin Psychol Psychother, 30, 33-41.
- Lägel, I (2008): Präventive Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Praxis der Kinderpsychologie, 57, 789 - 801.
- Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern, Hogrefe.
- Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen, Hogrefe.
- Lenz, Albert (2010): Ressourcen fördern, Göttingen, Hogrefe.
- Lieb, Roselind , Isensee, Barbara , Hofler, Michael , Pfister, Hildegard und Wittchen, Hans-Ulrich (2002): Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. Archives of General Psychiatry, 59, 365.
- Lier, L. , Gammeltoft, M. und Knudsen, I. J. (1995): Early mother-child relationship. The Copenhagen model of early preventive intervention towards mother-infant relationship disturbances. Arctic medical research, 54 Suppl 1, 15-23.
- Magolei, V und Jungbauer, J (2010): Von der Theorie zur Praxis: AKisiA – ein Hilfeangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern, In: J. Jungbauer (Hrsg.): Familien mit einem psychisch kranken Elternteil: Forschungsbefunde und Perspektiven für die Soziale Arbeit. Opladen: Barbara Budrich Verlag.
- Marcé, Louis Victor (1885): "Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices, et Considérations Médico-légales qui se Rattachent à ce Sujet". L'Hamattam.
- Mattejat, Fritz und Lisofsky, Beate (2008): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern, Bonn, Psychiatrie Verlag.
- Mattejat, Fritz und Remschmidt, Helmut (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Dtsch Arztebl, 105, 413-8.
- Mühling, Tanja und Rost, Harald (2009): IFB-Familienreport Bayern 2009. Schwerpunkt: Familie in Europa. Bamberg.

- Munk-Olsen, Trine , Laursen, Thomas Munk , Pedersen, Carsten B\jcker , Mors, Ole und Mortensen, Preben Bo (2006): New parents and mental disorders. JAMA: the journal of the American Medical Association, 296, 2582-2589.
- Murray, Lynne und Cooper, Peter J (1999): Postpartum depression and child development, The Guilford Press.
- NICHD, ECCRN (1999): Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. Developmental Psychology, 35, 1297-1310.
- O'Hara, Michael W und Swain, Annette M (1996): Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. International review of psychiatry, 8, 37-54.
- Petermann, Franz und Macha, Thorsten (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte, Hogrefe.
- Pilowsky, Daniel J , Wickramaratne, Priya J , Rush, A John , Hughes, Carroll W , Garber, Judy , Malloy, Erin , King, Cheryl A , Cerda, Gabrielle , Bela Sood, A und Alpert, Jonathan E (2006): Childhood and adolescent mental health: Children of currently depressed mothers: A STAR* D ancillary study. The Journal of clinical psychiatry, 67, 126-136.
- Poobalan, Amudha S , Aucott, Lorna S , Ross, Louise , Smith, W Cairns S , Helms, Peter J und Williams, Justin HG (2007): Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development - Systematic review. The British Journal of Psychiatry, 191, 378-386.
- Rabovsky, Kristin und Stoppe, Gabriela (2006): Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Der Nervenarzt, 77, 538-548.
- Reck, C , Weiss, R und Fuchs, T (2004): Behandlung der postpartalen Depression: Aktuelle Befunde und Therapiemodell. Nervenarzt, 75, 1068-1073.
- Reck, Corinna , Backenstraß, Matthias , Möhler, Eva , Hunt, Aoife , Resch, Franz und Mundt, Christoph (2001): Mutter-Kind Interaktion und postpartale Depression. Psychotherapie, 6, 6.
- Reck, Corinna , Hunt, Aoife , Fuchs, Thomas , Weiss, Robert , Noon, Andrea , Moehler, Eva , Downing, George , Tronick, Edward Z und Mundt, Christoph (2004): Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. Psychopathology, 37, 272-280.
- Reddemann, Luise (2010): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren, Klett-Cotta.
- Riecher-Rössler, Anita (2008): Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 65, 97-107.
- Riley, AnneW , Valdez, CarmenR , Barrueco, Sandra , Mills, Carrie , Beardslee, William , Sandler, Irwin und Rawal, Purva (2008): Development of a Family-based Program to Reduce Risk and Promote Resilience Among Families Affected by Maternal Depression: Theoretical Basis and Program Description. Clinical Child and Family Psychology Review, 11, 12-29.
- Robertson, Emma , Grace, Sherry , Wallington, Tamara und Stewart, Donna E (2004): Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. General hospital psychiatry, 26, 289-295.
- Rohde, Anke und Riecher-Rössler, A (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen, Roderer.
- Ross, Randal G und Compagnon, Nina (2001): Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children with a schizophrenic parent. Schizophrenia research, 50, 121-129.
- Rutter, Michael und Quinton, David (1984): Parental psychiatric disorder: Effects on children. Psychological medicine, 14, 853-880.
- Sachsse, Ulrich (2004): Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis, Schattauer Verlag.
- Saß, Henning , Wittchen, Hans-Ulrich , Zaudig, Michael und Houben, Isabel (2003): DSM-IV-TR. Diagnostische Kriterien. Hogrefe, Göttingen.
- Schone, R. und Wagenblass, S. (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind...: Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Juventa Verlag GmbH.

- Schone, Reinhold und Wagenblass, Sabine (2005): Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema-Stand und Perspektiven. Institut für soziale Arbeit eV (Hg.): Soziale Praxis, 9-18.
- Seyfried, LS und Marcus, SM (2003): Postpartum mood disorders. International review of psychiatry, 15, 231-242.
- Sharp, Deborah , Hay, Dale F , Pawlby, Susan , Schmücker, Gesine , Allen, Helen und Kumar, R (1995): The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36, 1315-1336.
- Singleton, Laura (2007): Parental mental illness: the effects on children and their needs. Br J Nurs, 16, 847-50.
- Sommer, R. , Zoller, P. und Felder, W. (2001): [Parenthood and psychiatric hospitalization]. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 50, 498-512.
- Streeruwitz A, Iversen AC, Woodall A. (Year): Published. Service needs of mothers while they are inpatients in acute psychiatric units. (Hrsg.): Annual Meeting. Royal College of Psychiatrists Faculty of General and Community Psychiatry, 2010 London.
- Turmes, L und Hornstein, C (2007): Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Der Nervenarzt, 78, 773-779.
- Turmes, Luc (2003a): Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts, PsychoGen Verlag.
- Turmes, Luc (2003b): Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Ergebnisse der 2-Jahres-Katamnese der Mutter-Kind-Einheit des LWL, In: Luc Turmes (Hrsg.): Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag.
- Vesga-Lopez, Oriana , Blanco, Carlos , Keyes, Katherine , Olfson, Mark , Grant, Bridget F und Hasin, Deborah S (2008): Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Archives of General Psychiatry, 65, 805.
- Wang, A. R. und Goldschmidt, V. V. (1996): Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. Acta Psychiatrica Scandinavica, 93, 57-61.
- Wendt, Wolf-Rainer (1995): Unterstützung fallweise: Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag
- WHO und Society, Key Centre for Women's Health in (2009): Mental health aspects of women's reproductive health: A global review of the literature, World Health Organization.

7. Anhang

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale



Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen. Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber liegt die Vermutung nahe, dass Sie an einer postpartalen Depression leiden.

- | | |
|---|---|
| <p>I. Ich konnte lachen und die schöne Seite des Lebens sehen.
 [0] So wie immer.
 [1] Nicht ganz so wie früher.
 [2] Deutlich weniger als früher.
 [3] Überhaupt nicht.</p> | <p>I have been able to laugh and see the funny side of things.
 As much as I always could.
 Not quite so much now.
 Definitely not so much now.
 Not at all.</p> |
| <p>II. Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.
 [0] So wie immer.
 [1] Etwas weniger als sonst.
 [2] Deutlich weniger als früher.
 [3] Kaum.</p> | <p>I have looked forward with enjoyment to things.
 As much as I ever did.
 Rather less than I used to.
 Definitely less than I used to.
 Hardly at all.</p> |
| <p>III. Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging.
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr oft.
 [0] Nein, niemals.</p> | <p>I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.
 Yes, most of the time.
 Yes, some of the time.
 Not very often.
 No, never.</p> |
| <p>IV. Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich oder besorgt.
 [0] Nein, gar nicht.
 [1] Selten.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [3] Ja, sehr oft.</p> | <p>I have been anxious and worried for no good reason.
 No, not at all.
 Hardly ever.
 Yes, sometimes.
 Yes, very often.</p> |
| <p>V. Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik.
 [3] Ja, sehr häufig.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, kaum.
 [0] Nein, überhaupt nicht.</p> | <p>I have felt scared and panicky for no good reason.
 Yes, quite a lot.
 Yes, sometimes.
 No, not much.
 No, not at all.</p> |
| <p>VI. Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert. Things have been getting on top of me.
 [3] Ja, meistens konnte ich die Situationen nicht meistern.
 [2] Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
 [1] Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
 [0] Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.</p> | <p>Yes, most of the time I haven't been able to cope.
 Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual.
 No, most of the time I have coped quite well.
 No, I have been coping as well as ever.</p> |
| <p>VII. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr häufig.
 [0] Nein, gar nicht.</p> | <p>I have been so unhappy that I have difficulty sleeping.
 Yes, most of the time.
 Yes, sometimes.
 Not very often.
 No, not at all.</p> |
| <p>VIII. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr häufig.
 [0] Nein, gar nicht.</p> | <p>I have felt very sad or miserable.
 Yes, most of the time.
 Yes, quite often.
 Not very often.
 No, not at all.</p> |
| <p>IX. Ich war so unglücklich, dass ich weinen mußte.
 [3] Ja, die ganze Zeit.
 [2] Ja, sehr häufig.
 [1] Nur gelegentlich.
 [0] Nein, nie.</p> | <p>I have been so unhappy that I have been crying.
 Yes, most of the time.
 Yes, quite often.
 Only occasionally.
 No, never.</p> |
| <p>X. Ich hatte den Gedanken, mir selbst etwas anzutun.
 [3] Ja, recht häufig.
 [2] Gelegentlich.
 [1] Kaum jemals.
 [0] Niemals.</p> | <p>The thought of harming myself has occurred to me.
 Yes, quite often.
 Sometimes.
 Hardly ever.
 Never.</p> |

Datenbogen bei Aufnahme

Datenbogen bei Aufnahme

Pat.nr. Mutter:

Name: Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum: / /

Strasse:

Postleitzahl: Ort:

Landkreis/Sektor:

Telefonnummer:

Nationalität ☐ Deutsche Nationalität
☐ andere Nationalität
☐ zwei Nationalitäten, die Nicht-deutsche ist

Migration ☐ nein ☐ ja, in D seit

Verständigung ☐ problemlos ☐ mit Schwierigkeiten ☐ nur mit Dolmetscher

Partnerschaft/soziale Beziehungen/Kontakte bei Aufnahme:

Gesetzliche Betreuung der Mutter: nein ☐ ja:

Verhältnis zum Kindsvater vor Aufnahme:
☐ Verheiratet/ Partnerschaft ☐ Geschieden/ Getrennt
☐

Kontakt zu Kindsvater vor Aufnahme:
☐ zusammenlebend ☐ Fernbeziehung ☐ kein Kontakt

Sorgerecht: ☐ beide ☐ Vater ☐ Mutter ☐

Aufnahme Kind(er)

Vorname: Geburtsdatum/...../..... Alter:

Geschlecht: m ☐ w ☐Psychiatrische Diagnose Kind: ☐ keine ☐ ja, F (ICD10)Somatische Diagnose Kind ☐ keine ☐ ja:

Anzahl Geschwister

..... Geburtsdatum

..... Geburtsdatum

..... Geburtsdatum

..... Geburtsdatum

..... Geburtsdatum

..... Geburtsdatum

Geschwister in Obhut?

Wie versorgt?

Erkrankungen/Behinderungen: ☐ keine ☐ ja:

Sprachkenntnisse des Kindes:

Schwangerschaft Index-Kind:Risikofaktoren: ☐ keine ☐ ja,
(z.B. Alter, Gestationsdiabetes, HELLP-Syndrom, Präeklampsie)

Geburt mehr als 3 Wochen vor dem Geburtstermin, d.h. vor der 37. Schwangerschaftswoche?

☐ nein☐ ja, in der Schwangerschaftswoche☐ unbekannt, unklarKaiserschnitt: nein ☐ ja ☐Geburtskomplikationen: keine ☐ ja ☐Traumatisches Erleben der Geburt: nein ☐ ja ☐

.....

Frühere psychiatrische/psychosomatische Behandlungen

- ☐ keine ☐ ja, Anzahl: ☐ unbekannt, unklar

Zeitpunkt der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung

- ☐ keine ☐ im Jahr ☐ unbekannt, unklar

Psychiatrische Vorbehandlung im Vorfeld der Aufnahme

- ☐ Keine
- ☐ Ja
- ☐ Isar-Amper-Klinikum
 - ☐ Psychiater, Nervenarzt
 - ☐ Hausarzt
 - ☐ psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut
 - ☐ Sonstiges

Zuweisungsmodus:

- ☐ Ärztliche Initiative
- Stationärer Bereich
 - ☐ IAK-KMO/ psychiatrisches Krankenhaus
 - ☐ somatische Klinik
 - Ambulanter Bereich
 - ☐ psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut
 - ☐ Psychiater, Nervenarzt
 - ☐ niedergelassener Arzt
 - ☐ Notarzt/ ärztlicher Notdienst
 - ☐ Mobiler Krisendienst
 - ☐ sonstige ärztliche Initiative:
- ☐ Ohne ärztliche Initiative
- ☐ Angehörige
 - ☐ Patient
 - ☐ Polizei/Gesundheitsamt
 - ☐ Beratungsstelle,
 - ☐ SPD,
 - ☐ Jugendamt,
 - ☐ Sonstiges,

Bei Aufnahme: CGI1 GAF

Betreuung und Hilfen vor AufnahmeInobhutnahme des Kindes: ☐ nein ☐ jaJugendamt eingeschaltet: ☐ nein ☐ jaSozialbürgerhaus: ☐ nein ☐ jaSPDi eingeschaltet: ☐ nein ☐ jaErziehungshilfen nein ☐ ja: Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

.....

.....

.....

Frühe Hilfen nein ☐ ja, Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

Frühförderung nein ☐ ja, Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

Beratungsstellen

.....

Selbsthilfegruppen

.....

Tagesstätte

.....

Hebamme nein ☐ ja: Anzahl VisitenBetreuung Kind durch:Kinderkrippe nein ☐ ja:Stunden/Woche.....Kindergarten nein ☐ ja:Stunden/Woche.....Ehemann/Partner ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheGrosseltern ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheFreunde ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheNachbarn ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheAndere ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheAndere Hilfen:

.....

.....

Datenbogen bei Entlassung***Daten bei Entlassung***

Pat.Nr. Mutter :

Name: Vorname:

Geburtsdatum: / /

Partnerschaft/soziale Beziehungen/Kontakte bei Entlassung:

.....
.....
.....

Verhältnis zum Kindesvater bei Entlassung:

☐ Verheiratet ☐ Partnerschaft ☐ Geschieden/ Getrennt
☐

Kontakt zu Kindesvater bei Entlassung:

☐ zusammenlebend ☐ Fernbeziehung ☐ kein Kontakt
.....
.....
.....Sorgerecht: ☐ beide ☐ Vater ☐ Mutter ☐

Stationär-psychiatrischer Aufenthalt:

Aufnahmedatum:/...../..... Entlassungsdatum/...../..... Dauer Aufenthalt Tage

Gesetzliche Betreuung der Mutter bei Entlassung:

☐ nein ☐ ja:.....**Psychiatrische Diagnose (ICD10 Fx)**

Diagnose1: Diagnose2:

Diagnose3:..... Diagnose4:.....

Somatische Diagnose 1: Somatische Diagnose 2:

Somatische Diagnose 3: Somatische Diagnose 4:

Med1: Dosis: Med 2: Dosis:

Med3: Dosis: Med 4: Dosis:

Med5: Dosis: Med 6: Dosis:

CGI1 CGI2 GAF

Psychiatrische Weiterbehandlung nach Entlassung:☐ Keine☐ Ja☐ Isar-Amper-Klinikum☐ Psychiater, Nervenarzt☐ Hausarzt☐ psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut☐ integrierte Versorgung☐ Sonstiges**Entlassung Kind(er)**

Vorname: Geburtsdatum/...../.....

Denverstest nein ☐ ja ☐ → Ergebnis: 0 / 1 / 2

HAWIVA-III

CBCL nein ☐ ja ☐

CBCL-T Gesamt (Kritisch 60-63)	CTRF-T Gesamt (Kritisch 60-63)	CBCL-T Ext (Kritisch 60-63)	CTRF-T Ext (Kritisch 60-63)	CBCL-T Intern (Kritisch 60-63)

Soziale Daten der Mutter**Höchster Schulabschluss**

- ☐ Kein Abschluß
- ☐ Sonderschule/ Volksschulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss/ Qualifizierter Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss / Mittlere Reife
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Abitur
- ☐ Schule beendet ohne Abschluss
- ☐ noch keinen Schulabschluss
- ☐ Anderer Schulabschluss,
- ☐ Sonstiges:

Höchster Ausbildungsabschluss

- ☐ keinen Berufsabschluss bzw. angelernt
- ☐ Betriebliche Ausbildung (Lehre) bzw. beruflich-schulische Ausbildung (Berufsschule, Handelsschule)
- ☐ Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Techniker-, Berufsschule oder Fachakademie
- ☐ (Fach-) Hochschulabschluss
- ☐ Universitätsabschluss
- ☐ Noch in der Berufsausbildung/ Studium
- ☐ Sonstiges,

berufliche Position

- ☐ Arbeiterin
- ☐ Angestellte
- ☐ Beamtin
- ☐ Freiberuflerin
- ☐ Landwirtin
- ☐ Selbständige oder Unternehmerin
- ☐ arbeitslos
- ☐ noch in der Ausbildung (Lehre/Studium)
- ☐ Hausfrau
- ☐ Sonstiges,

Erwerbssituation vor Aufnahme

- ☐ Berufstätig - Vollzeit
- ☐ Berufstätig - Teilzeit
- ☐ Hausfrau
- ☐ In Ausbildung/Umschulung
- ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente
- ☐ arbeitslos
- ☐ therapeutischer Arbeitsversuch
- ☐ Elternzeit
- ☐ Beschützt beschäftigt
- ☐ Sonstiges,

Erwerbssituation bei Entlassung

- ☐ Berufstätig - Vollzeit
- ☐ Berufstätig - Teilzeit
- ☐ Hausfrau
- ☐ In Ausbildung/Umschulung
- ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente
- ☐ arbeitslos
- ☐ therapeutischer Arbeitsversuch
- ☐ Elternzeit
- ☐ Beschützt beschäftigt
- ☐ Sonstiges,

Art des Einkommens:
(z.B. Unterhalt, Gehalt, selbständig, ALGII, EU-Rente)

Durchschnittliches Nettomonatseinkommen:€/Monat

Wohnsituation vor Aufnahme

- ☐ Privatwohnung
- ☐ betreutes Einzelwohnen,
- ☐ therapeutische WG
- ☐ therapeutisches Wohnheim
- ☐ Mutter-Kind-Einrichtung
- ☐ psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ Sonstiges,

.....

.....

Wohnsituation nach Entlassung

- ☐ Privatwohnung
- ☐ betreutes Einzelwohnen,
- ☐ therapeutische WG
- ☐ therapeutisches Wohnheim
- ☐ Mutter-Kind-Einrichtung
- ☐ Sonstiges,

.....

.....

Leben vor Aufnahme

- ☐ alleine
- ☐ mit Kindern
- ☐ mit (Ehe-)partner
- ☐ mit Eltern(teil)
- ☐ mit Geschwistern
- ☐ mit Verwandten
- ☐ mit Bekannten, in WG
- ☐ in Institution (z.B. Heim)
- ☐ Sonstiges,

.....

.....

Leben nach Entlassung

- ☐ alleine
- ☐ mit Kindern
- ☐ mit (Ehe-)partner
- ☐ mit Eltern(teil)
- ☐ mit Geschwistern
- ☐ mit Verwandten
- ☐ mit Bekannten, in WG
- ☐ in Institution (z.B. Heim)
- ☐ Sonstiges,

.....

.....

Betreuung und Hilfen nach EntlassungInobhutnahme des Kindes: ☐ nein ☐ jaJugendamt eingeschaltet: ☐ nein ☐ jaSozialbürgerhaus: ☐ nein ☐ jaSPDi eingeschaltet: ☐ nein ☐ jaErziehungshilfen nein ☐ ja: Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

.....

.....

.....

Frühe Hilfen nein ☐ ja, Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

Frühförderung nein ☐ ja, Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

Beratungsstellen

.....

Selbsthilfegruppen

Tagesstätte

Hebamme nein ☐ ja: Anzahl VisitenBetreuung Kind durch:Kinderkrippe nein ☐ ja:Stunden/Woche.....Kindergarten nein ☐ ja:Stunden/Woche.....Ehemann/Partner ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheGrosseltern ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheFreunde ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheNachbarn ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheAndere ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheAndere Hilfen:

.....

.....

Datenbogen zum Katamnesezeitpunkt

Datenbogen Katamnese

Pat.Nr. Mutter : Geburtsdatum: / /

Name: Vorname:

Adressänderung:

Aktuelle Wohnsituation

- ☐ Privatwohnung (ca. m²)
- ☐ betreutes Einzelwohnen,
- ☐ therapeutische WG
- ☐ therapeutisches Wohnheim
- ☐ Mutter-Kind-Einrichtung
- ☐ Sonstiges,

Zustand der Wohnung: ☐ Gepflegt ☐ Ungepflegt ☐ Verwahrlost

Aktuell Leben mit

- ☐ allein
- ☐ mit Kind(ern)
- ☐ mit (Ehe-)Partner
- ☐ mit Eltern(teil)
- ☐ mit Geschwistern
- ☐ mit Verwandten
- ☐ mit Bekannten, in WG
- ☐ in Institution (z.B. Heim)
- ☐ Sonstiges,
-

Aktuelle Erwerbssituation

- ☐ Berufstätig - Vollzeit
- ☐ Berufstätig - Teilzeit
- ☐ Beschützt beschäftigt (2/3. Arbeitsmarkt)
- ☐ Hausfrau
- ☐ In Ausbildung/Umschulung
- ☐ arbeitslos
- ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente
- ☐ therapeutischer Arbeitsversuch
- ☐ Elternzeit
- ☐ Sonstiges,
-

Partnerschaft/ soziale Beziehungen/ Kontakte:

.....

Tagesstruktur.

Verhältnis der Mutter zum Kindsvater:

- ☐ Verheiratet/ Partnerschaft ☐ Geschieden/ Getrennt
- ☐

Kontakt der Mutter/ des Kindes zum Kindsvater:

- ☐ zusammenlebend ☐ Fernbeziehung ☐ kein Kontakt

.....

 Geht das Kind gern zum Vater?

Betreuung und Hilfen Monate nach EntlassungInobhutnahme des Kindes: ☐ nein ☐ jaJugendamt eingeschaltet: ☐ nein ☐ jaSozialbürgerhaus: ☐ nein ☐ jaSPDi eingeschaltet: ☐ nein ☐ jaErziehungshilfen nein ☐ ja: Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

.....

.....

.....

Frühe Hilfen nein ☐ ja, Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

Frühförderung nein ☐ ja, Stunden/Woche

Inhalt der Hilfe:

.....

.....

Beratungsstellen

.....

.....

Selbsthilfegruppen

.....

Tagesstätte

.....

Hebamme nein ☐ ☐ ja: Anzahl VisitenBetreuung Kind durch:Kinderkrippe nein ☐ ☐ ja:Stunden/Woche.....Kindergarten nein ☐ ☐ ja:Stunden/Woche.....Ehemann/Partner ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheGrosseltern ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheFreunde ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheNachbarn ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheAndere ☐ nein ☐ ja, Stunden/WocheAndere Hilfen:

.....

.....

Psychiatrischer Zustand der MutterGesetzliche Betreuung der Mutter: nein ☐ ja:.....

Psychopathologischer Befund der Mutter: (AMDP)

.....

.....

.....

.....

Syndrom: nein ☐ ja,

CGI1 GAF

Psychiatrische Weiterbehandlung im Verlauf☐ Keine☐ Ja

- ☐ Isar-Amper-Klinikum
- ☐ Psychiater, Nervenarzt
- ☐ Hausarzt
- ☐ psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut
- ☐ integrierte Versorgung
- ☐ Sonstiges,

Ambulant-psychiatrische Behandlung? ☐ nein ☐ ja, zuletzt:/.....Medis verschrieben? ☐ nein ☐ ja Medis genommen? ☐ nein ☐ jaKrankheitseinsicht ☐ nein ☐ ja ☐ eingeschränkt**Psychiatrische Diagnose (ICD10 Fx)** Diagnose1: Diagnose2:

Diagnose3:..... Diagnose4:.....

Somatische Diagnose 1: Somatische Diagnose 2:

Somatische Diagnose 3: Somatische Diagnose 4:

Med1: Dosis: Med 2: Dosis:

Med3: Dosis: Med 4: Dosis:

Med5: Dosis: Med 6: Dosis:

Stationär-psychiatrische Aufenthalte seit Entlassung von Haus 71?

- ☐ nein ☐ ja,.....
.....
.....

Besondere Belastungen der Mutter:

- ☐ keine
- ☐ Verlust der oder Abstieg in der Arbeit
- ☐ Verlust von Vermögen
- ☐ Verlust der Wohnung
- ☐ Verschlechterung der Wohnsituation
- ☐ Verlust des Partners
- ☐ Schwerer Partnerkonflikt
- ☐ Keine Bezugsperson
- ☐ Behindertes Kind
- ☐ Unwürdige Lebensumstände
- ☐ Haft/Bewährungsaufgaben
- ☐ Migration
- ☐ schwere somatische Krankheit
- ☐ aktuelle Enttäuschung
- ☐ aktuelle Überforderung
- ☐ Verschlechterung des Befindens
- ☐ Schwerer sonstiger Konflikt
- ☐ andere Belastungen

Katamnese Kind

Vorname: Geburtsdatum/...../..... Alter:

Geschlecht: m ☐ w ☐

Psychiatrische Diagnose Kind: ☐ keine ☐ ja, F (ICD10)

Somatische Diagnose Kind ☐ keine ☐ ja:

Geschwister in Obhut?

Wie versorgt?

Erkrankungen/Behinderungen: ☐ keine ☐ ja:

Deutschkenntnisse des Kindes:

Haben Sie alles was Sie fürs Kind brauchen? ☐ Ja ☐ Nein

.....

Wie kommen Sie mit dem Kind zurecht?

.....

Verhaltensauffälligkeiten? Sind Sie dadurch belastet?

.....

Sind Sie dadurch belastet?

.....

Vorsorgeuntersuchungen (U's) Kinderarzt Dr. ☐ Nein

☐ Ja, zuletzt. Auffälligkeiten?

Weitere therapeutische Behandlungen des Kindes:

Verhaltensauffälligkeiten des Index-Kindes

Fütterstörungen? ☐ Nein: ☐ Ja,

.....

Gedeihstörung? ☐ Nein ☐ Ja,

.....

Schwere Schlafstörungen ☐ Nein ☐ Ja,

Wann schläft Ihr Kind in der Regel abends ein?

..... Uhrzeit

Wann wacht Ihr Kind in der Regel früh auf?

..... Uhrzeit

Schläft Ihr Kind in der Regel nachts durch?

☐ Ja ☐ Nein

In wie vielen Nächten pro Woche wacht Ihr Kind in der Regel nachts auf?

..... Nächte / Woche

Wie oft wacht Ihr Kind dann in der Regel pro Nacht auf und wie lange dauern diese Perioden ungefähr?

..... mal;

Dauer gesamt: min

Schläft Ihr Kind in der Regel tagsüber?

☐ Ja ☐ Nein

In wie vielen Tagen pro Woche schläft Ihr Kind dann in der Regel tagsüber?

..... Tage / Woche

Wie oft schläft Ihr Kind dann in der Regel und wie lange dauern diese Perioden ungefähr?

..... mal;

Dauer gesamt: min

Exzessives Schreien ☐ Nein ☐ Ja,

Hat Ihr Kind in den ersten drei Lebensmonaten mehr als drei Stunden täglich gequengelt oder geschrien?

☐ Ja ☐ Nein

Trat dieser Zustand mindestens an 3 Tagen in der Woche auf?

☐ Ja ☐ Nein

Hat dieser Zustand länger als drei Wochen angehalten?

☐ Ja ☐ Nein

Wie alt war Ihr Kind als dieser Zustand begann?

Alter: Wochen

Hat Ihr Kind auch nach dem 3. Lebensmonat noch mind. 3 h täglich an mindestens 3 Tagen in der Woche gequengelt oder geschrien?

☐ Ja ☐ Nein

Wie lange dauerte dieser Zustand an?

☐ Alter: Wochen

☐ bis heute

Wenn Ihr Kind schrie oder quengelte, wie leicht ließ es sich beruhigen?

☐ sehr leicht ☐ leicht
☐ mittel ☐ schwer
☐ ließ sich nicht beruhigen

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die anliegende Arbeit mit dem Thema:

Die Mutter-Kind-Einrichtung des Isar-Amper-Klinikums, Klinikum München Ost (IAK-KMO) – eine 6-Monats Katamnese studie unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten von psychisch erkrankten Müttern

selbstständig verfasst und keine Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

München, den 11.10.2013

Martin Herold